



المملكة العربية السعودية
وزارة التعليم العالي
جامعة أم القرى
كلية التربية
قسم علم النفس

علاقة اضطرابات الأكل بالطبع الفموي

لدى طالبات جامعة أم القرى

إعداد

ندى بنت محمد بن سعيد الحريري الزهراني

إشراف

د. عابد بن عبدالله النفيعي

بحث مقدم لإستكمال متطلبات الحصول على درجة الماجستير في علم نفس النمو

٢٠١٠ / ١٤٣١



سُبْحَانَكَ اللَّهُمَّ رَبَّنَا اللَّهُمَّ عَلَّمْنَا مَا عَلَّمْتَنَا
وَمَا كُنَّا نَعْلَمُ وَنُنِيبُ إِلَيْكَ تَائِبِينَ

رَبَّنَا رَبَّنَا رَبَّنَا رَبَّنَا رَبَّنَا
رَبَّنَا رَبَّنَا رَبَّنَا رَبَّنَا رَبَّنَا

البقرة (٣٢)

مستخلص

علاقة اضطرابات الأكل بالطبع الفموي لدى طالبات جامعة أم القرى

ندى محمد سعيد الزهراني

يهدف هذا البحث إلى:

- تحديد نسبة إنتشار اضطرابات الأكل لدى طالبات جامعة أم القرى؛ على إعتبار أن الإناث في سن الجامعة هن الأكثر عرضة لاضطرابات الأكل.
 - محاولة الكشف عن إطار محدد لسمات شخصية ذوات اضطرابات الأكل بطريقة موجهة لاختبار مدى صحة فرضية من فرضيات التحليل النفسي (التثبيت في المرحلة الفموية يؤدي إلى نشوء اضطرابات الأكل) والتي يتواتر ظهورها في كل المؤلفات التي تختص بهذا الموضوع وذلك بالتعرف على طبيعة العلاقة بين الطبع الفموي و اضطرابات الأكل، والكشف عن نسبة انتشار الطبع الفموي لدى ذوات اضطرابات الأكل من طالبات جامعة أم القرى.
 - التحقق من تأثير الطبع الفموي على سلوك الأكل لدى المضطربات من الطالبات عن طريق الكشف عن الفروق في درجات الطبع الفموي بين ذوات اضطرابات الأكل والسويات وبين فرعي اضطرابات الأكل (فقدان الشهية - الشره العصبي).
- ولتحقيق هذه الأهداف تم تطبيق إستباتين من إعداد الباحثة (إستبانة اضطرابات الأكل، وإستبانة الطبع الفموي) على عينة عشوائية بلغت ٣٢٢ طالبة من طالبات جامعة أم القرى تراوحت أعمارهن في الفترة العمرية (١٨ - ٢٩) سنة بمتوسط حسابي مقداره (٢٢,٦)
- وفي تعامله مع المعطيات سلك البحث المنهج الوصفي بأنواعه (المسحي، الإرتباطي، السببي المقارن)، وجاء بالنتائج التالية:

- ١ - نسبة انتشار اضطرابات الأكل لدى طالبات جامعة أم القرى بلغت (١٤,٩ %) حيث كانت نسبة انتشار اضطراب الشره العصبي (١٣,٤ %) بينما كانت نسبة انتشار فقدان الشهية العصبي تساوي (١,٥ %).
 - ٢ - توجد علاقة إرتباطية طردية دالة عند مستوى (٠,٠١) بين اضطرابات الأكل والطبع الفموي لدى طالبات جامعة أم القرى.
 - ٣ - نسبة انتشار الطبع الفموي لدى ذوات اضطرابات الأكل من طالبات جامعة أم القرى بلغت (٨٣,٣ %) وهي نسبة كبيرة ، وهناك فارق دال احصائياً عند مستوى (٠,٠١) بينها وبين مثيلتها لدى السويات من الطالبات والتي بلغت (٤٨,٢ %).
 - ٤ - هناك فروق دالة احصائياً عند مستوى (٠,٠١) في درجات الطبع الفموي بين ذوات اضطرابات الأكل والسويات من طالبات جامعة أم القرى كما ثبت وجود تأثير حقيقي لدرجات اضطرابات الأكل على تباين درجات الطبع الفموي.
- وقد فضلت الباحثة عدم اتخاذ قرار بخصوص وجود فروق في الطبع الفموي بين ذوات الشره العصبي وذوات فقدان الشهية العصبي من طالبات جامعة أم القرى خشية إعطاء نتيجة مضللة والوقوع في الخطأ بيتا (β) بسبب صغر حجم عينة ذوات فقدان الشهية العصبي.

وفي ضوء مخرجات البحث أوصت الباحثة بوضع هذه العلاقة تحت مجهر البحث العلمي لتفحصها والتحقق منها، وإجراء مقارنة في الطبع الفموي بين ذوات الشره العصبي وذوات فقدان الشهية العصبي، والكشف عن مدى صدق التفسير الفرويدي لاضطرابات أخرى مثل الإدمان والتدخين والاكنتاب بنفس الطريقة، ونشر الوعي التربوي حول إنعكاس خبرات الطفولة على بقية مراحل العمر.

Abstract

The Relationship Between Eating Disorders and Oral Character Among Female Students at Um Al Qura University

Nada M. S. Az-zahrani

The objectives of this research are:

- To identify the percentage of eating disorders among female students at Um Al Qura University; to see if college age females are most likely to develop eating disorders
- To explore a certain aspect of the character of women, who are affected by eating disorders, by an instructed method to examine how reliable is this psychoanalysis theory (Fixation at the oral stage lead to eating disorders). This theory often appears in most publications, which are related to this subject. Also to identify the nature of the relationship between oral Character and eating disorders, and disclosing the percentage of oral Character among those female students suffering from eating disorders at Um Al Qura University
- To investigate the impact of oral Character on eating habits among affected female students through revealing the differences in oral Character levels among those suffering from eating disorders versus healthy ones, as well as the two types of eating disorders (Bulimia - Anorexia)

In order to accomplish these objectives, two surveys done by the researcher (eating disorder survey, oral Character survey) have been applied on a random sample of 322 students at Um Al Qura University between the ages of (18 - 29) years old with age average of (22.6)

The research followed Descriptive Methodology various kinds of (Screening - Correctional - Comparative Causal) when reviewing the obtained data, with the following results:

1. The percentage of eating disorders among female students at Um Al Qura University reached (14.9%), the percentage of bulimia was (13.4%) while the percentage of anorexia was (1.5%)
2. There is a significant statistical relation at the level of (0.01) between eating disorders and oral Character among female students at Um Al Qura University
3. (83.3%) of those affected by eating disorders had experienced certain oral Character. There is a significant statistical differences at the level of (0.01) between them and the healthy students, which has reached (48.2%)
4. There are a significant statistical differences at the level of (0.01) in the levels of oral behavior between eating disorders affected students and the healthy ones at Um Al Qura University. There is a huge impact of the level of eating disorders on the differences between the levels of oral Character.

The researcher decided not to release a hypothesis about the existence of differences in oral Character between anorexic and bulimic female students at Um Al Qura University to avoid error (β) due to the small sample size of the anorexic female students.

According to the results, the researcher recommended to put this relationship under the spot light to be further examined and investigated. She also recommended to compare oral Character between anorexic and bulimic, and to explore how true are Freud's explanations regarding other disorders such as addiction, smoking, depression, and spreading the awareness of childhood experiences' impact on the other age stages.

الإهداء

إلى من ملكني نفسي..

وحررها من رق الإنسياق وراء الأفكار التقليدية..

إلى حبيبي والدي .. رحمه الله

أهدي جهدي ..

وأوفي بوعدتي..

وأحقق حلنا المشترك..

جعله الله علماً نافعاً ..

وأجرأ لا ينقطع..

وبلغنا الملتقى في الجنة ..

ندي

شكر وتقدير

أولاً... الحمد لله الذي أتم نعمه.. وبعد أن يسر الأمر كله.. كل الجهد بالتوفيق.. وأعقب المشقة بلوغ المنى.

ثانياً.. يتوجب علي في هذا المقام أن أعبر عن بعض إمتناني لمن كان له يد في إخراج هذا البحث من حيز الفكر إلى عالم الواقع ومن إطار الحلم إلى دنيا الحقيقة... فشكراً..

لعائلي: لأمي الغالية، للكبيرة دائماً حنان، لمعلمتي الأولى هيفاء، للقدوة فائزة، للسند الحقيقي نايف، لبقية إخوتي.. على فيض عطاء لا يجزيه إلا الدعاء بأن يتم الله علي فضله ويبقيكم لي ذخراً ما حييت، للأقرب (هيفاء صالح) على بذلها وعطاءها ومشاركتها في كل خطوة من خطوات البحث، للأب الروحي (خالد عبدالله) على وقفاته العظيمة فمن مد لك يده حين تعثرت أولى بالشكر ممن صفق لك حين وصلت، لعمي (عبدالله) على إهتمامه وحرصه على التدقيق اللغوي والإملائي، ولجميع من ساهم في الترجمة من أفراد العائلة.

لأساتذتي: لمشرفي ودليلي في المنهج العلمي (د. عابد النفعي) على تعهده البحث والباحثة بالرعاية والاهتمام حتى إتمامه، لل (د. أحمد الحري) على تشجيعه ودعمه ومساندته، لل (د. محمد المري و د. إلهامي إمام) على ما قدموه من مشورة، للمناقشين، (د. حسين الغامدي و د. هشام مخيمر) على إثراءهم للبحث و توجيهاتهم التي لاشك أضافت له الكثير، للأساتذة المحكمين، ولكل من أسترشدت بعلمهم وتلمذت على يدهم وساهموا في بلورة فكري وشخصيتي كباحثة.

لصديقاتي: لل (مرام) على مساهمتها في توفير المراجع، لل (منال و وجدان وخلود) على مشاركتن في التطبيق، لل (هيا ونهى وريسة) على الجو التعاوني الممتع الذي عشناه أثناء العمل، للإعلامية (نوف) على مساعدتها في الترجمة وإبرازها أهمية هذا البحث عبر برنامجها التلفزيوني.

لجامعة أم القرى على دعم الباحثين وتوفير المراجع للإرتقاء بمستوى البحث العلمي، لل (د. علي الأحمري) مدير مستشفى الملك عبدالعزيز سابقاً على التسهيلات الإدارية التي قدمها في تحكيم الأدوات، لمن رحبن بالمشاركة من أفراد المجتمع.. ولكل من شد من أزري ولو بكلمة أو إيماءة حفرتني على المضي قدماً.....الباحثة

قائمة المحتويات

| | |
|-----|---|
| ١ | <u>الفصل الأول: مدخل إلى البحث</u> |
| ٢ | مقدمة..... |
| ٤ | مشكلة البحث وتساؤلاته..... |
| ٥ | أهداف البحث..... |
| ٦ | أهمية البحث..... |
| ٧ | حدود البحث..... |
| ٧ | المصطلحات الإجرائية..... |
| ١٠ | <u>الفصل الثاني: أدبيات البحث</u> |
| ١١ | الإطار النظري..... |
| ١١ | أولاً: اضطرابات الأكل..... |
| ٣٨ | ثانياً: الطبع الفموي..... |
| ٦٢ | بحوث ودراسات سابقة..... |
| ٧١ | تعقيب على البحوث والدراسات السابقة..... |
| ٧٤ | <u>الفصل الثالث: إجراءات البحث</u> |
| ٧٥ | منهج البحث..... |
| ٧٥ | مجتمع البحث..... |
| ٧٥ | عينة البحث..... |
| ٧٦ | أدوات البحث..... |
| ٧٦ | أولاً: استبانة اضطرابات الأكل..... |
| ٨٢ | ثانياً: استبانة الطبع الفموي..... |
| ٨٨ | أساليب المعالجة الإحصائية..... |
| ٨٩ | الخطوات الإجرائية..... |
| ٩٠ | <u>الفصل الرابع: مخرجات البحث</u> |
| ٩١ | عرض ومناقشة النتائج..... |
| ١٠٢ | الخاتمة..... |
| ١٠٣ | توصيات ومقترحات..... |
| ١٠٦ | <u>المراجع</u> |
| ١٢٠ | <u>الملاحق</u> |

قائمة الجداول

- جدول (١): مقارنة بين فقدان الشهية العصبي والشره العصبي..... ٢٥
- جدول (٢): النتائج المحتملة للتثبيت في المرحلة الفموية..... ٥٩
- جدول (٣): المقاييس النفسية التي تم الإطلاع عليها قبل بناء استبانة اضطرابات الأكل..... ٧٦
- جدول (٤): توزيع مفردات استبانة اضطرابات الأكل وأبعادها..... ٧٨
- جدول (٥): مفتاح ترميز استبانة اضطرابات الأكل..... ٧٨
- جدول (٦): نتائج ارتباط درجة كل بعد بالدرجة الكلية لإستبانة اضطرابات الأكل..... ٨٠
- جدول (٧): معاملات ارتباط كل مفردة بالبعد الذي تنتمي إليه في استبانة اضطرابات الأكل..... ٨١
- جدول (٨): توزيع المفردات وأبعادها في استبانة الطبع الفموي..... ٨٤
- جدول (٩): مفتاح ترميز استبانة الطبع الفموي..... ٨٤
- جدول (١٠): نتائج ارتباط درجة كل بعد بالدرجة الكلية لاستبانة الطبع الفموي..... ٨٥
- جدول (١١): معاملات ارتباط كل مفردة بالبعد الذي تنتمي إليه في استبانة الطبع الفموي..... ٨٦
- جدول (١٢): نتائج الصدق التمييزي لإستبانة الطبع الفموي..... ٨٧
- جدول (١٣): أساليب المعالجة الإحصائية..... ٨٨
- جدول (١٤): نسب إنتشار اضطرابات الأكل لدى طالبات جامعة أم القرى..... ٩١
- جدول (١٥): نسب توزيع الفئات الفرعية لإضطرابات الأكل..... ٩٣
- جدول (١٦): العلاقة بين اضطرابات الأكل والطبع الفموي..... ٩٤
- جدول (١٧): نسب إنتشار الطبع الفموي..... ٩٧
- جدول (١٨): الفروق في درجات الطبع الفموي بين ذوات اضطرابات الأكل والسويات..... ٩٩
- جدول (١٩): الفروق في درجات الطبع الفموي بين ذوات فقدان الشهية والشره العصبي..... ١٠١
- جدول (٢٠): المراجع الإلكترونية..... ١١٧

قائمة الأشكال

- شكل (١): العلاقة بين الفئات الفرعية لإضطرابات الأكل..... ٢٦
- شكل (٢): مخطط لنموذج سببي متكامل لإضطرابات الأكل..... ٣٤
- شكل (٣): علاقة مكونات الشخصية بمستويات الشعور..... ٤١
- شكل (٤): نتائج تجربة إحياء الفاحص على الفمويين والشرجيين..... ٥٠
- شكل (٥): إنتشار اضطرابات الأكل لدى طالبات جامعة أم القرى..... ٩١
- شكل (٦): توزيع الفئات الفرعية لإضطرابات الأكل لدى المضطربات..... ٩٣
- شكل (٧): إنتشار الطبع الفموي..... ٩٧

قائمة الملاحق

- ملحق (١) : قائمة المحكمين..... ١٢٢
- ملحق (٢) : الرسالة المصاحبة لكراسة التطبيق..... ١٢٤
- ملحق (٣) : إستبانة اضطرابات الأكل..... ١٢٦
- ملحق (٤) : إستبانة الطبع الفموي..... ١٢٨

الفصل الأول

مدخل إلى البحث

- مقدمة
- مشكلة البحث وتساؤلاته
- أهداف البحث
- أهمية البحث
- المصطلحات الإجرائية
- حدود البحث

مقدمة

نحن في عصر الإنفتاح العلمي والإنفجار المعرفي؛ فالحياة تتغير باطراد، ولا يكاد يفرغ الباحثون من البحث في مجال جديد حتى تتفتح لهم مجالات أخرى؛ بفضل التطور الحضاري وما نتج عنه من تعقيدات. وهذا البحث يهتم بميدان من أحدث الميادين العلمية وأكثرها إثارة للجدل في هذا العصر؛ فاضطرابات الأكل باتت في بؤرة اهتمام الباحثين في الآونة الأخيرة؛ بسبب الزيادة الظاهرة في معدلات انتشارها في العالم. ولعل المتابع للأعداد المتلاحقة للدوريات العلمية المتخصصة في الطب النفسي وعلم النفس يلاحظ أن الغالبية العظمى منها كان يحتوي على مقالة أو أكثر في هذا الموضوع لدرجة أنه ظهرت مجلة علمية متخصصة في نشر الأبحاث والمقالات المتعلقة بها وتحمل اسم المجلة العالمية لاضطرابات الأكل *International journal of eating disorders* (عبد الموجود، ١٩٩٩)، كما توجد الكثير من المواقع الإلكترونية المتخصصة في هذا الموضوع، والآف الدراسات الغربية الحديثة، إضافة إلى وجود مصحات خاصة لعلاج تلك الاضطرابات في بعض الدول.

تمثل اضطرابات الأكل العلاقة بين الحالة النفسية للفرد والرغبة في الطعام أو العزوف عنه. وهذه العلاقة ليست بالجديدة؛ فقد كانت اضطرابات الأكل ضمن الاضطرابات السيكوسوماتية إلى أن صدر الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث المنقح للاضطرابات النفسية والعقلية عام 1987 DSM-III-R ومن ثم الرابع عام 1994 DSM-IV حيث تم وضعها منفصلة تحت مسمى اضطرابات الأكل (شقير، ٢٠٠٢) وتضمنت اضطرابات الأكل في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المنقح عام 2000 DSM-IV-TR كل من: فقدان الشهية العصبي *Anorexia Nervosa*، والشراهة العصبي *Bulimia Nervosa*، و اضطرابات أكل أخرى غير محددة *Eating Disorder Not Otherwise Specified*. (hayatnafs.com)

هناك تلازم يسلم به كل من يبحث في هذا الموضوع بين اضطرابات الأكل وكل من الأنوثة والمراهقة؛ حيث أنها تصيب ١٠ فتيات مقابل صبي واحد خصوصاً في الفترة العمرية (١٢-٢٦) سنة؛ وذلك حسب نشرات الجمعية الأمريكية للطب النفسي عام 2000 كما ذكرت فاخوري (٢٠٠٦)؛ فهي ترتبط بالأنوثة نظراً لكونها على علاقة وطيدة بعدم الرضا عن صورة الجسد والرغبة في الوصول للرشاقة التي صارت مطلباً ملحاً للجمال في عصرنا الحاضر. ويذكر كل من ليفيت 1997 Levitt وبوليفي وهيرمان 1987 Polivy & Herman أن اضطرابات الأكل ارتبطت بالأنوثة لأن السعي للجمال، والجانبية، والخوف من فقدهما؛ تعتبر مخاوف طبيعية للإناث. وأجمع كل من: ايكerman 1997 Eckermann، ومالسون 1998 Malson، وماكينيلي 1999 McKinnley، وهيبورث 1999 Hepworth، وساوكو 2000 Saukko وسكواير 2003 Squire؛ على أن التركيبة المعقدة لاضطرابات الأكل تتشابه مع مفاهيم الأنوثة في بنائها (Burns, 2004).

من جانب آخر؛ فهي مشكلة شائعة لدى المراهقات والشابات تحديداً ونادرة الحدوث لسواهم. و في مقال لباربرا وولف 2003 Wolfe ذكرت أن اضطرابات الأكل أكثر انتشاراً لدى الفتيات في سن الجامعة الذي يقابل أواخر المراهقة وبداية الشباب (namiindiana.org) وهناك دراسة أوردها ديسي و كيني (Dacey & Kenny, 1997) وجدت أن نسبة ٦٤ % من طالبات

الجامعة على مستوى من مستويات اضطرابات الأكل. وأكد كلاً من لوكين ورفاقه (Lokken- et al, 2004) أن معدلات اضطرابات الأكل ترتفع بشكل خاص لدى الشابات في سن الجامعة، وهناك إتفاق عام على أن هذه المعدلات تتزايد بإطراد حيث أن عدد من المتغيرات الجديدة في حياة الطالبة الجامعية تسهم في ظهورها؛ فهناك ضغوط جديدة للحصول على القبول الإجتماعي، ودروس أكثر صعوبة، وبيئة أكثر حرية ولم يعد هناك من يراقب سلوك الطالبة في الأكل كما كانت صغيرة (about.com)، وهذا ما دفع الباحثة لإختيار مجتمع طالبات جامعة أم القرى.

ولكون اضطرابات الأكل مجرد أعراض لأمر أشد تعقيداً في شخصية الفرد، فهي كما ذكرت فودر 1997 foder تعتبر وسيلة للتغلب على المشكلات الشخصية والآلام العاطفية التي تواجه الشخص (الفاييز، ٢٠٠٧) فقد فحصت عدة دراسات أجنبية وأخرى عربية الارتباطات المتبادلة بين اضطرابات الأكل من جانب وبعض متغيرات الشخصية والاضطرابات النفسية والمتغيرات الاجتماعية من جانب آخر؛ والتي أكدت دورها على وجود مكون نفسي مشترك يجمع بين ذوي اضطرابات الأكل في كل المجتمعات والثقافات؛ وترى الباحثة انه من المجدي البحث في شخصية المصابات باضطرابات الأكل وتفسير ذلك التشابه؛ عن طريق التعرف على طبيعة العلاقة بين اضطرابات الأكل و الطبع الفموي.

والطبع الفموي هو مصطلح معروف في التحليل النفسي. قدمه فرويد، وطوره وأضاف إليه الكثير من التحليلين فيما بعد. يعبر عن مجموعة من السمات الشخصية تكونت لدى الفرد بسبب إعاقة نموه خلال معاشته لخبرة الرضاعة في المرحلة الفموية والتي حددها فرويد بالثمانية عشر شهر الأولى من الحياة. فينتج التثبيت في المرحلة الفموية طبعاً فموياً كما ذكر ابراهام (Abraham, 2004). والشخصيات ذات الطبع الفموي تتسم بالاعتمادية كسمة رئيسية، وتولي اهتمام كبير لاستخدامات الفم مثل: الأكل، والشرب، والتدخين، والكلام؛ وكأنهم ينشدون المتعة التي حرموها منها في الطفولة.

هناك من ينظر بشك وريبة إلى نتائج الدراسات التي أجراها فرويد باستخدام منهج التحليل النفسي مما أنسحب على أرائه، ونظريته التي صاغها لدراسة الظواهر النفسية، وعلى كل المفاهيم التي قدمها، وانسحب أيضاً على رواده ومعاصريه عموماً. والتعميم بهذا الشكل مبدأ يرفضه العلم وأهله ويرد فرويد على مثل هؤلاء في قوله:

" فالعمليات التي يعني بها - يقصد علم النفس- ليست في ذاتها مدركة، مثلها في ذلك مثل العمليات التي تبحث بها العلوم الأخرى، كالعمليات الكيميائية أو الطبيعية ولكن من الممكن تعيين القوانين التي تسيطر على هذه العمليات وتتبع علاقاتها المتبادلة واعتماد بعضها على بعض على نطاق واسع. وهكذا يمكن أن نصل إلى فهم خاص بمجال الظواهر الطبيعية ولا يمكن أن يتحقق ذلك إلا بوضع فروض جديدة وخلق مفهومات مستحدثة ولا ينبغي أن نغض من قدر هذه الفروض والمفاهيم فنعتبرها شواهد على تخبطنا بل ينبغي على الضد أن نقدرها حق قدرها وان نعتبرها منمية للعلم مزيّدة في ثرائه وبل ويجدر بنا أن ننظر إليها بوصفها تفسيرات تقريبية مساوية في القيمة لمثيلاتها في العلوم الطبيعية الأخرى ونحن ننتظر أن تعدل هذه التفسيرات التقريبية وأن تصح وأن يزيد تحديدها دقة بقدر ما تزيد تجاربنا وتمحص فليس من

الغرابية في شيء إذن أن تظل مفاهيم العلم الجديد ومبادئه الأساسية (الغريزة والطاقة العصبية... الخ) على هذا القدر من عدم التحديد كما ظلت مفاهيم العلوم القديمة (القوة، الكتلة، الجذب) " (سرحان وعناني، ١٩٧٠: ٤٣)

هناك العديد من البحوث العلمية أقرت فيما بعد بمفهوم الطبع الفموي كما سيرد لاحقاً، وهناك عدد من الأدلة التي أثبتت صدق هذه الفرضية، كما لا توجد - على حد علم الباحثة- أدلة علمية ضدها .

وقد فسرت دراسة ميلز و رفاقه (Mills et al, 1990) الإعتماد الكحولي على أساس التثبيت في المرحلة الفموية وذلك من خلال الكشف عن الطبع الفموي لدى مدمني الكحول. وكذلك ثبتت علاقة الطبع الفموي بإدمان المخدرات في دراسة أمريكية طبقها كلاً من روزينباوم و ريتشمان (Rosenbaum & Richman, 1972) على ٤٠ مدمناً ممن يتلقون العلاج. إلا أن علاقته باضطرابات الأكل ستبقى محض إفتراض ما لم يثبتها أو ينفىها هذه البحث و الأبحاث التي تعالج نفس المشكلة.

مشكلة البحث وتساؤلاته

الإنسان عبارة عن كيان فيزيقي يخضع لخصائص النمو وقوانينه العامة والتي تسير قدماً نحو تحقيق غرض ضمنى هو شخص ناضج متوافق مع ذاته، متكيف مع بيئته. (فايد، ٢٠٠٨) ومن خلال إستمرارية العملية النمائية، وتعددها، وبناءها التراكمي؛ يتجلى أثر كل مرحلة على المراحل اللاحقة. ومن المسلم به؛ التأثير الكبير لمرحلة الطفولة على بقية المراحل، وأن طباع شخصية الفرد تبدأ في التكون في مرحلة مبكرة من العمر.

يرى جاردنر وكوسميتزكي (Gardiner & Kosmitzki, 2002) أن موضوع صحة المراهقين عبر السنوات أخذ أبعاداً جديدة بسبب إنعكاس أحداث الطفولة على بقية مراحل الحياة، واضطرابات الأكل كمشكلة من مشكلات المراهقة والشباب باتت الأكثر شيوعاً في هذا العصر؛ قد تكون من بين الاضطرابات قديمة المنشأ والتكوين. وهذا البحث موجه للكشف عن تأثير إنعكاس خبرة الرضاعة على ظهور اضطرابات الأكل؛ بمعرفة مدى احتمالية أن يكون التثبيت في المرحلة الفموية تبعاً لنظرية التحليل النفسي يمثل عامل من عوامل الإستعداد لاضطرابات الأكل؛ وذلك باستخدام مبدأ التعدي في العلاقات، بعد الكشف عن العلاقة بين اضطرابات الأكل و الطبع الفموي (الذي أكدت الدراسات سلفاً أنه نشأ عن التثبيت في المرحلة الفموية)

كما أنه في الوقت ذاته يمثل محاولة لتوفير وصف موضوعي ومنظم لشخصية ذوي اضطرابات الأكل؛ مما يوفر بيانات قاعدية يمكن أن تنطلق منها إتجاهات جديدة في البحث حول هذا الموضوع ؛ حيث أن كثير من الدراسات تثبت تواتر ظهورها عند نمط محدد من الشخصيات وإرتباطها بعدد من سمات الشخصية.

إضافة إلى أن الدراسات العربية حول اضطرابات الأكل محدودة للغاية؛ وهو ما لا يتناسب مع حجم الموضوع والكم الهائل من الدراسات التي أجريت ولا زالت تجرى حوله في الخارج (عبد الموجود، ١٩٩٩)، وعلى الرغم من الكم الهائل من الدراسات التي أجريت هناك بغرض التعرف على العلاقة بين اضطرابات الأكل وبين كل من الاضطرابات النفسية و متغيرات الشخصية فلا زالت تكرر بعضها ولا تقدم الجديد، كما لا تزال أسباب هذه الاضطرابات والعوامل المؤدية إليها مجرد فرضيات واحتمالات تخضع للدراسة والتحقيق، ولا زال الموضوع مطروحاً على ساحة البحث العلمي وبحاجة لسلسلة من الدراسات لتغطيته من مختلف الزوايا، وهذا البحث وضع لي طرح ويجيب عن تساؤل عام مفاده:

ما العلاقة بين اضطرابات الأكل والطبع الفموي لدى طالبات جامعة أم القرى؟

والذي تبلور من التساؤلات الفرعية التالية:

- ١ - ما نسبة إنتشار اضطرابات الأكل لدى طالبات جامعة أم القرى؟
- ٢ - هل توجد علاقة بين اضطرابات الأكل و الطبع الفموي لدى طالبات جامعة أم القرى؟
- ٣ - ما نسبة إنتشار الطبع الفموي لدى ذوات اضطرابات الأكل من طالبات جامعة أم القرى؟
- ٤ - هل هناك فروق في درجات الطبع الفموي لدى ذوات اضطرابات الأكل والسويات من طالبات جامعة أم القرى؟
- ٥ - هل هناك فروق في درجات الطبع الفموي لدى ذوات فقدان الشهية العصبي وذوات الشره العصبي من طالبات جامعة أم القرى؟

أهداف البحث

يهدف هذا البحث إلى:

- تحديد نسبة انتشار اضطرابات الأكل لدى طالبات جامعة أم القرى؛ على إعتبار أن الإناث في سن الجامعة هن الأكثر عرضة لاضطرابات الأكل.
- محاولة الكشف عن إطار محدد لسمات شخصية ذوات اضطرابات الأكل بطريقة موجهة لاختبار مدى صحة فرضية من فرضيات التحليل النفسي (التثبيت في المرحلة الفموية يؤدي إلى نشوء اضطرابات الأكل) والتي يتواتر ظهورها في أغلب المؤلفات التي تختص بهذا الموضوع وذلك بالتعرف على طبيعة العلاقة بين الطبع الفموي و اضطرابات الأكل والكشف عن نسبة انتشار الطبع الفموي لدى ذوات اضطرابات الأكل من طالبات جامعة أم القرى.
- التحقق من تأثير الطبع الفموي على سلوك الأكل لدى المضطربات عن طريق الكشف عن الفروق في درجات الطبع الفموي بين ذوات اضطرابات الأكل والسويات وبين فرعي اضطرابات الأكل (فقدان الشهية - الشره العصبي).

أهمية البحث

تنبثق أهمية هذا البحث من خلال أهدافه التي يسعى إلى تحقيقها؛ فمن الضروري تحديد نسبة انتشار اضطرابات الأكل في المجتمع المحلي؛ حيث أنه لا توجد - على حد علم الباحثة- إحصاءات موثقة بخصوص نسبة انتشار اضطرابات الأكل في المملكة العربية السعودية، رغم أن البيانات الأولية تشير إلى وجودها؛ ففي مستشفى الملك خالد الجامعي في الرياض تشير الإحصائيات إلى أن عدد حالات الفتيات اللاتي أدخلن المستشفى بسبب فقدان الشهية العصبي من الفترة ٢٠٠٠/١٢/١٨ م إلى ٢٠٠٧/٨/١٠ م كان إحدى عشرة حالة تتراوح أعمارهن بين ١٤-٢٢ سنة، كما كان عدد الحالات التي أدخلت مستشفى الملك فهد في الفترة نفسها عشر حالات، هذا فضلاً عن الحالات التي تراجع العيادات الخارجية بسببه (alriyadh.com). وقد أجرت الفايز (٢٠٠٧) استطلاعاً للتحقق من وجود اضطراب الشره العصبي على عينة من طالبات جامعة الملك سعود، يقدر حجمها بـ ١٣٣ طالبة، وأظهرت نتائج هذا الإجراء أن ٦٠ % من الطالبات لديهن أعراض لاضطراب الشره العصبي .

من جانب آخر؛ فعلى الرغم من الزيادة الكبيرة في معدلات اضطرابات الأكل في العالم وعلى الرغم من خطورتها ومضاعفاتها التي قد تؤدي للوفاة، وعلى الرغم من تعدد وإستمرار الدراسات حولها، فلا زالت الأسباب أو العوامل المؤدية لها غير محددة بعد. إن دراسة علاقة اضطرابات الأكل بالطبع الفموي (الذي أكدت الدراسات سلفاً تكونه بالثنيبي في مرحلة الرضاعة) يعبر عن علاقة اضطرابات الأكل بالعوائق التربوية التي واجهت مسار النمو خلال فترة الرضاعة من عمر المصاب بها، فإثبات العلاقة يشير إلى أن اضطرابات الأكل حدثت نتيجة لأزمة تطورية ارتقائية كما أن نفيها يستبعد مثل هذا السبب بالتالي يوجه الباحثين إلى التركيز على العوامل الوراثية الجينية، أو العوامل النفسية أو الاجتماعية في مرحلة المراهقة، أو العوامل الثقافية.

وبغض النظر عن الفرض الفرويدي الذي قد يثير حفيظة البعض فإن هذا البحث يعد استكمالاً للجهود الرامية للكشف عن العلاقة بين المتغيرات الشخصية وتلك الاضطرابات. والتحقق من وجود سمات محددة للشخصية تميز المصابات باضطرابات الأكل. والتعرف على هذه السمات يُمكننا من التنبؤ باستعداد الشخص للإصابة باضطرابات الأكل في ضوء وجودها أو غيابها، كما يُسهل علينا التعامل مع المصابين من خلال رسم تصور نظري لشخصياتهم.

من ناحية تطبيقية فنتائج هذا البحث تسهم في الإشارة إلى مدى وجود اضطرابات الأكل في المجتمع السعودي بالتالي إتخاذ الإجراءات الوقائية للحد منها. كما تساعد في إعطاء المتخصصين في اضطرابات الأكل والقائمين على رعاية المراهقين دراية بماهية تلك الاضطرابات وأسبابها والتعرف على شخصية المصابين بالتالي وضع الخطوط الرئيسية لطرائق الإرشاد والعلاج النفسي التي تناسبها نظراً لما لها من عواقب فسيولوجية ونفسية واجتماعية.

المصطلحات الإجرائية

اضطرابات الأكل

عرفها قاموس أكسفورد لعلم النفس Oxford بأنها نوع من أنواع الاضطرابات النفسية التي تتميز باختلال أو مشاكل عند تناول الطعام (الفاييز، ٢٠٠٧: ١٩) من ضمنها اضطراب فقدان الشهية العصبي، واضطراب الشره العصبي؛ اللذان يميزان مرحلتي المراهقة والشباب. يمكن تشخيصها إجرائياً بحصول المفحوص على درجة أعلى من درجة القطع (٨٤) في استبانة اضطرابات الأكل التي أعدتها الباحثة.

فقدان الشهية العصبي

عرفته الباحثة بأنه اضطراب يتميز بالعزوف عن الأكل بتقييده أو التخلص منه بأي وسيلة بغرض تحقيق نوع من التوازن النفسي. يمكن الكشف عنه إجرائياً عن طريق ثلاثة من المؤشرات المتضمنة في استبانة اضطرابات الأكل التي أعدتها الباحثة:

- حصول المفحوص على درجة أعلى من درجة القطع (٨٤).
- مؤشر كتلة الجسد المنخفض (٢٠ كجم / م - فأقل)
- مظاهر العزوف عن الطعام تمثل نمط السلوك الغالب مقارنة بسلوكيات الشراهة في الأكل.

الشره العصبي

عرفته الباحثة بأنه اضطراب يتميز بنوبات قسريه من الأكل الشره ومن ثم الإحساس بالذنب والرغبة الملحة في التخلص منه بأي وسيلة بغرض تحقيق نوع من التوازن النفسي ويمكن الكشف عنه إجرائياً عن طريق ثلاثة من المؤشرات المتضمنة في استبانة اضطرابات الأكل التي أعدتها الباحثة:

- حصول المفحوص على درجة أعلى من درجة القطع (٨٤).
- مؤشر كتلة الجسد العادي أو المرتفع (أكثر من ٢٠ كجم / م).
- سلوكيات الشراهة في الأكل تمثل نمط السلوك الغالب مقارنة بمظاهر العزوف عن الطعام.

الطبع الفموي

عرفته الباحثة بأنه مجموعة من السمات المتبلورة التي تميز نمط معين من أنماط الشخصية و تتحصل لصاحبها نتيجة ما يخبره من إحباط في المرحلة الفموية من مراحل النمو النفس جنسي التي قررها فرويد في نظريته. تتمثل في الاعتمادية، التشاؤم، عدم الثقة، نفاد الصبر، الحسد المصحوب بعدم واقعية التوقعات، وقوة الدافع المعرفي. يُعَبَّر عنه إجرائياً بحصول المفحوص على درجة أعلى من درجة القطع (١٢٣) في استبانة الطبع الفموي التي أعدتها الباحثة.

الإعتمادية

تعرفها الباحثة بأنها عدم قدرة الفرد على مواجهة الحياة مستقلاً بشخصيته مما يدل على نقص في نضجه النفسي ويعكس الحاجة المستمرة للرعاية من الآخرين، يعبر عنها إجرائياً بمجموع الدرجات التي يحصل عليها المفحوص في بعد (الإعتمادية) من أبعاد إستبانة الطبع الفموي التي أعدتها الباحثة.

التشاؤم

توقع سلبي للأحداث القادمة يجعل الفرد ينتظر حدوث الأسوأ ويتوقع الشر والفشل وخيبة الأمل ويستبعد ما خلا ذلك (الأنصاري، ١٩٩٨)، يعبر عنه إجرائياً بمجموع الدرجات التي يحصل عليها المفحوص في بعد (التشاؤم) من أبعاد إستبانة الطبع الفموي التي أعدتها الباحثة.

عدم الثقة

تعرفه الباحثة بأنه معتقد يتضمن إنعدام الإحساس بالأمن والاطمئنان تجاه الذات وتجاه العالم الخارجي يؤثر على سرعة ونوعية الاستجابة للمثيرات المختلفة، يعبر عنه إجرائياً بمجموع الدرجات التي يحصل عليها المفحوص في بعد (عدم الثقة) من أبعاد إستبانة الطبع الفموي التي أعدتها الباحثة.

نفاد الصبر

تعرفه الباحثة بأنه عدم القدرة على تحمل الإثارة الانفعالية، يعبر عنه إجرائياً بمجموع الدرجات التي يحصل عليها المفحوص في بعد (نفاد الصبر) من أبعاد إستبانة الطبع الفموي التي أعدتها الباحثة.

الحسد المصحوب بعدم واقعية التوقعات

يتصف من لديهم هذه السمة بالدافعية القوية لإمتلاك أكثر مما قدر لهم من متع الحياة ويطمحون إلى أمنيات مستحيلة لا تتوافق مع ظروفهم وإمكاناتهم كما أن لديهم شك وامتعاض مما يصل إلى سمعهم عن ثروات الآخرين و نجاحاتهم. (عبدالرحمن، ٢٠٠٦)، يعبر عنه إجرائياً بمجموع الدرجات التي يحصل عليها المفحوص في بعد (الحسد المصحوب بعدم واقعية التوقعات) من أبعاد إستبانة الطبع الفموي التي أعدتها الباحثة.

قوة الدافع المعرفي:

قوة تدفع الفرد للفهم والسعي نحو الجديد وتحقيق التقدم من أجل إثراء الإمكانات المعرفية واستقصاء الحقيقة والبحث عنها وإماطة اللثام عن الغموض وعدم الوضوح في المواقف المادية والاجتماعية مما يعمل على اتساع دائرة المعرفة لدى الفرد وبالتالي بناء قاعدة بيانات راسخة في عقله (بني يونس، ٢٠٠٩) يعبر عنها إجرائياً بمجموع الدرجات التي يحصل عليها المفحوص في بعد (قوة الدافع المعرفي) من أبعاد إستبانة الطبع الفموي التي أعدتها الباحثة.

حدود البحث

يختص هذا البحث بموضوع علاقة اضطرابات الأكل بالطبع الفموي، وأقتصر على طالبات مرحلة البكالوريوس بجامعة أم القرى في مكة المكرمة والتي تتراوح أعمارهن في الفترة (١٨ - ٢٩) سنة؛ كما تتحدد نتائجه بإستجابة أفراد العينة على أداة تشخيصية لاضطرابات الأكل، وأداة للكشف عن الطبع الفموي في الشخصية، أعدتهما الباحثة وفقاً لأهداف البحث، وقد طبق البحث الميداني خلال الفصل الثاني من العام الدراسي ٣١-١٤٣٠هـ.

ولذا؛ من غير المنهجي علمياً تعميم البيانات الناتجة خارج هذا الإطار دون الإشارة إلى ذلك.

الفصل الثاني

أدبيات البحث

- الإطار النظري
- بحوث ودراسات سابقة
- تعقيب على البحوث والدراسات السابقة

أولاً: الإطار النظري

١- اضطرابات الأكل

• ماهية اضطرابات الأكل

يعد الطعام من ضرورات الحياة؛ فالتماس الطعام دافع فطري من الدوافع الأساسية التي تهدف للمحافظة على حياة الكائن (ربيع، ٢٠٠٤)، لكن الأكل – كفعل – سيظل أكثر من مجرد تناول للطعام؛ فنحن نُعزي، وندلل، ونكافئ أنفسنا؛ من خلال تناول طعامنا المفضل، ومن خلال سلوكنا في الأكل نتواصل؛ فنحن نأكل مع الآخرين من أجل التعبير عن تعاضدنا معهم، والولائم تلعب دوراً في منحنا الإحساس بالانتماء للمجموعة (رضوان، ٢٠٠٢). كما أن الطعام مرتبط بمن يعده ويقدمه؛ فقبولك للطعام يدل على تقبلك للتعاطف من الشخص الذي يقدمه أو يعده؛ فالأكل تعبير عن التقارب الاجتماعي كذلك، إضافة إلى كونه وسيلة للتعبير عن الامتثال الديني من خلال الصيام لأوقات معينة والامتناع عن تناول أصناف من الطعام حرمها الدين، أي أن للأكل وظائف نفسية إلى جانب وظائفه الفسيولوجية ولذلك أفرد علماء النفس (حاجة نفسية) لدى الإنسان هي: (الحاجة إلى التماس الطعام) وعند أصحاب نظرية الغرائز كان هناك: (غريزة التماس الطعام). (العيسوي، ٢٠٠٦)

ونلاحظ أن هناك عاملاً هاماً في تناول الطعام وهو ما يعرف بالشهية نحو الطعام، وهي عامل لا يقل أهمية عن القيمة الغذائية للطعام نفسه (سلامة، ١٩٩٧) فيختلف الأفراد في كمية وطريقة أكلهم باختلاف الوضع النفسي لديهم والذي يحدد رغبتهم في الأكل وإقبالهم عليه فمنهم من يزداد تناوله للطعام عندما يضطرب ومنهم من يمتنع عن الطعام.

من وجهة النظر العلمية يعتبر سلوك الأكل الطبيعي هو ذلك السلوك الذي ينظم تناول الطعام من خلال الشهية، والمشاعر، والجوع، والشبع؛ بحيث يتم تناول المواد الغذائية اللازمة بكمية مناسبة لحاجة الجسد (رضوان، ٢٠٠٢). قد يصاب شخص باضطراب في تنظيم هذه العملية فيختل سلوك الأكل لديه وتؤدي الشهية عملها بشكل غير طبيعي فيفرط الشخص في تناول كميات كبيرة من الطعام أو تصيبه حالة من فقد الشهية والعزوف عن الطعام وتظهر اضطرابات الأكل. (العيسوي، ٢٠٠٦)

اضطرابات الأكل توصف بوجود إختلالات حادة في سلوك الأكل، واتجاهات غير سوية، مع بذل جهود غير تكيفية وغير صحية للتحكم في وزن الجسد وشكله (عبد الرحمن، ٢٠٠٩). وقد عرفها خان وفاوست Khan & Fawcett 1999 " بسوء استخدام للأكل يحدث بصورة قهرية بغرض تحقيق نوع من التوازن النفسي المرغوب " (عبد الموجود، ١٩٩٩: ١٨) ويعد كل من الشره العصبي، و فقدان الشهية العصبي، أكثر اضطرابات الأكل شيوعاً وأكثر الاضطرابات التي درست في هذا السياق في حين وضعت بقية الاضطرابات تحت عنوان اضطرابات الأكل غير المصنفة (غير المحددة) في موضع آخر. (عبد الرحمن، ٢٠٠٩)

الدراسات أثبتت أن اضطرابات الأكل ترجع لأسباب نفسية؛ إذ أن مركز الانفعالات داخل الدماغ يجاور مركز الشبع والجوع فعندما يصاب بعض الأفراد بالقلق أو الاضطراب النفسي والإنفعالات الشديدة قد يؤثر ذلك على مركز الشبع فيستمر الإنسان في الأكل بشراهة دون الإحساس بالشبع وقد يحدث العكس في أن يتأثر مركز الجوع ويشعر الفرد أنه ليس بحاجة للطعام ويزداد نحالة (منسي، ٢٠٠١)، ويرى قورملي وبرودزنسكي (Gormly & Brodzinsky, 1989) أن هناك سبب عميق أساسي لاضطرابات الأكل وهو عدم قدرة الشخص على التعرف على إحتياجات جسده أو عدم القدرة على التفريق بين حالات الجوع والشبع وهذا ينبع من خبرات الأكل المبكرة للطفل. وهذه هي إحدى وجهات النظر الشائعة عن اضطرابات الأكل والتي ترى بأن المصابين يفشلون في التعرف على المؤشرات الداخلية للجوع والشبع ، وبالتالي يكون تناولهم للطعام غير محكوم بالميكانيزمات السوية (فرج، ٢٠٠٠) غالباً ما يعزى سبب اضطرابات الأكل إلى الرغبة في الرشاقة لكونها صارت مطلباً جمالياً في هذا العصر؛ غير أنها بحسب رضوان (٢٠٠٢) تعبر دائماً عن أزمة نفسية كبيرة وعن مشكلات شخصية عميقة وليست محض سعي للرشاقة.

واضطرابات الأكل تصيب الإناث بصفة أساسية؛ حيث أن الإناث يشكلن نسبة ٩٥-٩٠% من المصابين، ويشيع ظهورها في الفترة العمرية (١٥ - ٢٥) سنة والتي تقابل مرحلة المراهقة. يعتقد ويلسون و بلاكهيرست Wilson & Blackhurst 1999 أن معظم النساء قد عانوا من احد أنواع اضطرابات الأكل في فترة من حياتهن، وتشير نتائج عدد من الأبحاث أن المتبعات للحمية الغذائية أكثر عرضة لاضطرابات الأكل حيث أن نسبة ٣٥% من المتبعات لنظام الحمية الغذائية طورن الشره العصبي ونسبة ٨% تقريباً دخلن في فقدان عصبي للشهية (Murray, 2003)، وتشير نتائج الكثير من الدراسات في أنحاء مختلفة من العالم إلى أن نسبة ٧٥% تقريباً من المصابات باضطرابات الأكل هن من الطبقات الاجتماعية الوسطى والعليا (Cooper & Atwater, 1988 : Stein, 1992)، وكان يسود سابقاً رأي بأن اضطرابات الأكل تقتصر على الشابات البيض في الدول الصناعية الكبرى حيث تزيد ضغوط المجتمع المتحضر على الشابات فيسعين وراء الرشاقة لارتباطها بالجمال والجاذبية والنجاح في الحياة العملية إلا أن نتائج الدراسات الحديثة أكدت على أن البلدان النامية ليست بمنأى عن خطر اضطرابات الأكل. يجدر بالذكر أن اضطرابات الأكل صار يمكن ملاحظتها لدى أي شخص، في أي سن، في أي مكان، ومن أي عرق.

لقد أصبح الحرم الجامعي المكان الأكثر ملائمة لظهور وإزدياد مشكلة اضطرابات الأكل، حيث تشير مجموعة كبيرة من الدراسات إلى إنتشار مشاكل الأكل بين طلبة الجامعات و بالأخص الإناث منهن مقارنة بالنسبة العامة لانتشار هذه الاضطرابات عند بقية المجتمع، حتى أن بعض الباحثين ذهبوا إلى حد القول بأن الطالبات الجامعيات اللواتي يتمتعن بعادات وسلوكيات طبيعية في الأكل يشكلن النسبة الأقل، وهذا لا يعني ضمناً أن أغلبية الطالبات الجامعيات لديهن اضطرابات أكل مرضية. وقد ذكر فانلون Vanlone 2002 عدة أسباب وعوامل تساعد على إنتشار اضطرابات الأكل بين طلبة الجامعات بعضها يرتبط بالمعايير الثقافية الاجتماعية السائدة في الحرم الجامعي والتي تركز على النحافة وشكل الجسد وبعضها الآخر يرتبط بالتأثيرات الكبيرة للزميلات

في تطوير مثل هذه السلوكيات والاتجاهات نحو الأكل ويرتبط بعضها الآخر بموضوع التكيف مع البيئة الجامعية وإحترام الذات. (الزغاليل، ٢٠٠٩)

وقد حازت اضطرابات الأكل على الكثير من اهتمام الوسط العلمي في العقود الأخيرة من الزمن ومن الواضح أن سبب ذلك يعود إلى الارتفاع الملحوظ في معدلات انتشارها حيث ورد في نتائج احد الأبحاث أن معدل تزايدها يبلغ ٣٦% كل ٥ سنوات منذ عام ١٩٥٠ م (nytimes.com)، إضافة إلى الآثار والمضاعفات الطبية الخطيرة لها والتي قد تصل إلى حد الوفاة. حيث أنها تخل بنظام إمداد الجسد بالطاقة اللازمة للقيام بالعمليات الحيوية. (about.com)

صُنفت اضطرابات الأكل سابقا ضمن الاضطرابات السيكوسوماتية إلا أن الدليل التشخيصي و الإحصائي للاضطرابات النفسية في نسخته الرابعة المنقحة DSM-IV-TR التي صدرت عام 2000 وضعها في فئة مستقلة تتضمن مجموعتين أساسيتين مصنفة كالتالي:

الأولى: اضطرابات الأكل في فترة المهد أو الطفولة المبكرة وتشتمل على ثلاثة أنواع هي:

- ١ - اضطرابات تناول الأطعمة الشاذة Pica
- ٢ - الاضطراب الإجتراري Rumination Disorder
- ٣ - اضطرابات التغذية في الرضاعة والطفولة المبكرة Feeding Disorder

الثانية: اضطرابات الأكل التي تصنف كفئة منفصلة ضمن اضطرابات الراشدين وتشتمل على الأنواع التالية:

- ١ - فقدان الشهية العصبي Anorexia Nervosa
- ٢ - الشره العصبي Bulimia Nervosa
- ٣ - اضطرابات الأكل غير المحددة على أي نحو آخر Eating Disorder not otherwise specified (عبد الرحمن، ٢٠٠٩)

ولم تظهر السمنة البسيطة Obesity في الدليل الإحصائي والتشخيصي الرابع على اعتبار أنها حالة طبية عامة لا ترتبط بشكل متسق بزملة نفسية أو سلوكية، ومع ذلك فعندما يكون هناك دليل على أن العوامل النفسية مهمة في إحداث الاضطراب أو في مجرى حالات معينة من السمنة، يمكن الإشارة إليها بملاحظة وجود عوامل نفسية تؤثر في الحالة الطبية (يوسف، ٢٠٠٠)

• فقدان الشهية العصبي

ويسمى الخلفة، أو القهم، أو القمة، أو إباء الطعام، كما أطلقت عليه حقي (١٩٩٥) : زهد الطعام العصبي، و يسمى أحياناً بالتجوع الذاتي المرضي (عبدالخالق، ١٩٩٧) وفي فرنسا يطلق عليه فقدان الشهية العقلي حيث يتضمن هذا الاسم حالة نفسية بحثه (رثيف، ٢٠٠١) وقد اشتقت كلمة Anorexia من الإغريقية حيث تعني an فقد، و orexia تعني الشهية أو الرغبة. (bookrags.com)

التعريف:

عُرفَ في موسوعة علم النفس بواسطة شاهين (١٩٩٧) بأنه عرض معقد غالباً، محدد بداوفاً متنوعاً، يتفق مع رفض قوي للفعل الغذائي، ويشير إلى خلل في الضوابط النفسية-السيولوجية للجوع والإحساس بالشبع.

كما أورد الدسوقي (٢٠٠٦ - ب) تعريفاً جامعاً لعبدالمنعم الحفني ١٩٩٩ مفاده: أن فقد الشهية أو عدم الشهية هو ذهاب شهوة الطعام، وهو اضطراب نفسي فسيولوجي أو عصاب نفسي أو سلوك إجرائي يلجأ إليه البعض بتأثير الضغوط الانفعالية أو النفسية كالحزن أو الشعور بالذنب أو الصراعات الشعورية أو اللاشعورية. وقد يكون فقدان الشهية العصبي عزوفاً كلياً عن الطعام وقد يقبل المصاب على الطعام ولكن يتقيأه ويتناقص وزنه تدريجياً. وعرفته شقير (٢٠٠٢) بأنه رفض لاشعوري للأكل يتعلق بالمعنى اللاشعوري للطعام؛ باستثناء تناول كميات ضئيلة في صورة سوائل مما يؤدي إلى نقص في وزن الجسد والخوف الشديد من اكتساب الوزن.

ويرى رثيف (٢٠٠١) أن رفض الطعام غالباً ما يعزى إلى الرغبة في النحافة، والتقليل من زيادة الوزن، وهذا ليس صحيحاً، إلا في حالات نادرة. وتؤيد الباحثة هذا الرأي حيث أن الكثير من الباحثين والمؤلفين حول هذا الموضوع بالغوا في تأثير الثقافة التي تدعو إلى الرشاقة بصفتها مظهر مثالي للمرأة العصرية الناجحة. فاعتقدوا أن الرغبة في الرشاقة ومواكبة العصر قد تمثل سبب كافٍ ووحيد لاضطرابات الأكل في المراهقة أو أنها السبب الأهم على الأقل ومن غير المنطقي حدوث اضطراب قد يؤدي للوفاة ومضاعفات صحية خطيرة لمجرد الرغبة في النحافة خاصة وان الدراسات يوماً بعد آخر تؤكد علاقته بالعوامل النفسية.

وتذكر التقارير أن أول وصف لأعراض هذا الاضطراب مسجلة في التراث الطبي كان لريتشارد مورتون Richard Morton 1689 وأطلق على هذه الحالة اسم السل العصبي تمييزاً لها عن السل الذي يعرف حالياً باسم الدرن، كما عالج ابن سينا أميراً مراهقاً كان مصاب بهذا الاضطراب منذ ما يقرب من ألف عام، أما من سماه بفقدان الشهية العصبي Anorexia Nervosa فكان السير وليام جل William Gull عام 1874 (حمودة، ١٩٩٨). وهذه التسمية مُضللة نوعاً ما لأن الشهية لا تفقد ولا تتناقص ولكنها تتعدل وتتشوه ويتم التحكم فيها بقوة شديدة (عبد الخالق، ١٩٩٧). إلا أنه سمي بذلك لأنه في وقت ما افترض أن فقدان الوزن يعكس فقدانهم للشهية وهي التسمية المتاحة والأكثر شيوعاً حتى الآن، ولكن نتائج البحوث الإكلينيكية تشير إلى أن الشهية يمكن أن تظل على ما هي عليه ، وأن الحد من تناول الطعام يرجع للإرادة وتوحي البحوث المبكرة لفقدان الشهية العصبي في المواقف المعملية أن فاقد الشهية كانوا أقل حساسية

بالمقارنة بأصحاب الوزن العادي، فيما يتعلق بإحساسهم الداخلي بالجوع، وقد وجد كل من وارد واوعدن Ward & Ogden 1989، وهالمي ورفاقه Halmi et al 1989 أن لديهم معدلات أقل للجوع. ويبدو أن الشذوذ في الإحساس بالشبع من الأمور المستقرة لديهم. (فرج، ٢٠٠٠) ويعتقد كيميل و وينر (Kimmel & Weiner, 1995) أن الخلل يكمن في أن المصاب يتجاهل أو يسيء تفسير الإحساس الجسدي بالجوع.

ولا زال عبد المعطي (٢٠٠٣- أ) يعده اضطراباً سيكوسوماتياً على الرغم من أن أحدث دليل تشخيصي وإحصائي للأمراض النفسية صنفه في فئة مستقلة عن الاضطرابات السيكوسوماتية بمسمى اضطرابات الأكل وبرر ذلك بأن العلاقة بين الأكل والانفعال ترجع إلى تاريخ الفرد السابق إذ يرتبط في أغلب الأحيان بدافع لاشعوري لمقاومة النمو وعقاب الذات نتيجة الشعور بالذنب.

وقد يلجأ بعض المصابين إلى إتباع بعض العادات السلوكية غير الصحية (أساليب التطهير) نتيجة للإحساس بالذنب بعد تناولهم للطعام مثل: التقيؤ المتعمد، الالتزام بنظام غذائي صارم (حمية غذائية)، ممارسة التمارين الرياضية القاسية، استعمال المسهلات أو المليينات أو الحقن الشرجية أو الأدوية المدرة للبول أو عقاقير إنقاص الوزن. (الدسوقي، ٢٠٠٦- أ)

معدل الانتشار:

معدلات إنتشار فقدان الشهية العصبي في أي مجتمع غير دقيقة إلى حد ما لأن كثيراً من المرضى ينكرون أعراضهم أو يقللون من أهميتها إلا أن تقديرات هذا الاضطراب تتراوح من نسبة منخفضة تقدر بـ ٠,٥% إلى نسبة عالية تقدر بـ ٣,٧%. (الدسوقي، ٢٠٠٦- ب) وقد أوضحت نتائج العديد من الدراسات أن معدل إنتشار هذا الاضطراب في تزايد مستمر؛ حيث وصلت النسبة المئوية لانتشاره بين طالبات الجامعة إلى ١٥,٤٥% بحسب شقير (١٩٩٩) بينما ذكر محمد (٢٠٠٠) أن نسبة إنتشار هذا الاضطراب وصلت إلى ٢٠% بين طالبات الجامعة، ويذكر بينيل (Pinel, 2003) أن نسبة انتشاره لدى الطالبات في أمريكا الشمالية وحدها تقدر بحوالي ٢,٥% وان نسبة ١٥% من المصابات يمتن إما بسبب مضاعفاته وآثاره أو بسبب الانتحار.

وقد قدرت نتائج دراسة عبدالموجود (١٩٩٩) التي أجراها على عينة كبيرة من الشباب والمراهقين سن بدء حدوث الاضطراب لفقدان الشهية العصبي في الخامسة عشرة من العمر بينما يبدأ اضطراب الشره العصبي في السابعة عشرة، ووجد أن ما يقرب من ٦٣% من حالات فقدان الشهية العصبي كانوا في المدى العمري من ١٨ - ٢٠ سنة بينما حوالي ٧٠% من حالات الشره العصبي كانوا في المدى العمري ٢٠ - ٢٢ سنة ، وهذا يشير إلى أن اضطراب فقدان الشهية العصبي يظهر مبكراً مقارنة بالشره لعصبي وتتوافق هذه النتيجة مع ما تشير له معظم المراجع العلمية المتخصصة في هذا الموضوع.

إضافة إلى أن هذا الاضطراب قد يصيب الأطفال بين عمر (١٠ - ١٢) سنة خاصة الأطفال الذين لا يُسمح لهم بمشاركة أهلهم على مائدة الطعام أو بسبب المشاكل الانفعالية التي تحدث أثناء تناول الطعام وتؤدي إلى كف الشهية عنه. و قد يصيب كذلك النساء بين عمر (٤٠ -

٥٠) سنة وهذا ما يشير إلى أن هذا الاضطراب لا يرجع إلى عوامل عضوية أو هرمونية أو ثقافية وإنما إلى بعض القضايا النفسية المؤلمة (الزراد، ٢٠٠٤). و يشير الخالدي (٢٠٠٦) إلى أنه يقل كثيراً لدى النساء المتزوجات اللاتي أنجبن أطفالاً، في حين ينتشر بين الفتيات في سن الزواج. ويذكر سادوك وكابلان (Sadock & Kaplan, 1991) أنه أكثر إنتشاراً لدى الطبقات الإجتماعية والإقتصادية العليا كما أكد ذلك (الدسوقي، ٢٠٠٦- ب) من خلال دراسته على المجتمع المصري.

الأعراض و التشخيص:

وفقاً للدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المنقح للاضطرابات النفسية DSM-IV-TR الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي APA عام 2000؛ فإن محكات تشخيص فقدان الشهية العصبي تتمثل في:

- ١ - رفض الإبقاء على وزن الجسد في المعدل الطبيعي أو أكثر من ذلك بقليل بحيث يتناسب مع الطول والعمر الزمني للفرد.
- ٢ - الخوف الشديد من البدانة أو زيادة الوزن حتى لو كان وزن الفرد أقل من المعدل الطبيعي.
- ٣ - حدوث اضطراب في صورة الجسد حيث يشعر الفرد بالبدانة على الرغم من نحافته.
- ٤ - إنقطاع الطمث أو الحيض لدى الإناث (ثلاث دورات متتالية على الأقل) بعد إنتظامه. (عبدالرحمن، ٢٠٠٩)

ويعتقد عكاشة (٢٠٠٣) أن هناك الكثير من الحالات التي تستوفي معظم سمات فقدان الشهية العصبي ولكنها تفتقد إلى الصورة الأكلينكية الشاملة التي تنطبق عليها جميع المعايير؛ فعلى سبيل المثال قد تفتقد إلى واحد من أهم الأعراض الجوهرية مثل الفرع الشديد من البدانة، أو إنقطاع الطمث مع وجود فقدان شديد في الوزن أو سلوك يؤدي إلى إنقاص الوزن، ولكن لا يجوز استخدام التشخيص في حالات اضطرابات الأكل المترتبة على مرض جسدي أو نفسي معروف.

كما تأكد في أحد المقالات الصادرة عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي APA على موقعهم الرسمي (apa.org) المنشور بتاريخ 4\4\2009 أن الدليل التشخيصي الخامس المتوقع صدوره عام 2012 سيتضمن الكثير من التعديلات الجوهرية في المعايير التشخيصية لاضطرابات الأكل وسيأخذ بالاعتبار المرونة التي لازال الباحثون والأطباء والمعالجون يوصون بها من أجل التخفيف من صرامة هذه المعايير خاصة فيما يتعلق بانقطاع الطمث كشرط للتشخيص؛ حيث أن ٦٠ - ٦٥% من حالات الشره العصبي وفقدان الشهية العصبي والتي لا تستوفي معايير التشخيص المحددة في الدليل الرابع المنقح لازالت تصنف ضمن فئة اضطرابات الأكل الأخرى غير المحددة. وقد كوّنت الجمعية الأمريكية للطب النفسي فريق عمل متخصص لتقديم توصيات بخصوص المعايير الجديدة التي سيتضمنها الدليل الخامس.

وقد قرر ديسي و كيني (Dacey & Kenny, 1997) مجموعة من المحددات لهذا الاضطراب تعتبر أكثر منطقية حسب رأي الباحثة وهي كالتالي:

- ١ - البداية تكون قبل سن الخامسة والعشرون.
- ٢ - فقدان ٢٥% من وزن الجسد الأصلي على الأقل.
- ٣ - مواقف مشوشة تجاه الأكل والطعام والوزن وتعامل غير عادي مع الطعام.
- ٤ - ليس هناك أي مرض طبي آخر يسبب النحافة و فقدان الوزن.
- ٥ - مصحوب بإعراض واضحة لاضطراب نفسي .
- ٦ - حدوث عدد من الظواهر التالية أو أحدها على الأقل: شعر ناعم يغطي الجسد، نبض القلب أقل من ٦٠ نبضة \ الدقيقة، إنخفاض ضغط الدم، القيء المتعمد، اضطرابات في الدورة الشهرية.

فقدان الشهية العصبي عادة يبدأ في بداية المراهقة أو آخرها وقد يستمر ويشتد حتى يقضي المصاب به نحبه أو يكون دورياً، لكن المسار الأكثر شيوعاً هو حدوث نوبة واحدة لفترة معينة يكسب بعدها الشخص وزنه الطبيعي ويسترد صحته النفسية (حمودة، ١٩٩٨)، وتستمر أعراضه في النوبة الواحدة عادة بين سنتين إلى خمس سنوات. (الزراد، ٢٠٠٤)

الأنماط الفرعية:

هناك نمطان من اضطراب فقدان الشهية العصبي حددهما الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل للجمعية الأمريكية للطب النفسي هما:

• النمط المُقيد: Restricting Type

لا ينخرط المصاب أثناء النوبة الراهنة لفقد الشهية العصبي في سلوك فوضوي للأكل (نهم)، أو سلوك تطهيري (التقيؤ المتعمد أو سوء استخدام المليينات والمسهلات وعقاقير إنقاص الوزن) .

• النمط التطهيري: Purging Type

ينخرط المصاب بانتظام أثناء النوبة الراهنة في سلوك فوضوي للأكل، أو سلوك تطهيري. (Scully, 2001)

ويذكر فرج (٢٠٠٠) أن هناك دلائل على وجود فروق في الشخصية وفي الخصائص النفسية بين النمطين السابقين إلا أن مآل المصابين بالنمط المُقيد أفضل والذين غالباً ما يكونون أحدث سناً، كما يعترف أغلب الباحثين بوجود تداخل بينهما.

سلوك المصاب وشخصيته:

يمكن القول بأن المصابين باضطراب فقدان الشهية العصبي يكشفون عن جوانب محددة في سلوكهم تميزهم كمجموعة، وتجعل لهم خصائص مشتركة. فضحايا هذا الاضطراب – دون قصد واضح- يدخلون في برنامج ممتد وطويل من (تحطيم الذات) مع رفض جهود الآخرين

الملحة والعاجلة لإنقاذهم. ويوحى كل ذلك ويشير بقوة إلى أن وراء حالات فقدان الشهية العصبي مكوناً نفسياً أساسياً، ولكن تحديد جوهر هذا المكون وطبيعته – للأسف- ما زال أمراً تأملياً نظرياً، ولم تتوصل البحوث المتعددة إلى نتائج نهائية مؤكدة بخصوصه. (عبد الخالق، ١٩٩٧)

فقد كشفت الدراسات عن ارتباط فقدان الشهية العصبي بنمط معين من الشخصيات يتسم بالآتي: المثالية، أو النزعة للكمال، الزهد، والتصوف، ويقظة الضمير بصورة متطرفة، السلوك المنضبط، التوتر، النشاط، النضج العقلي المبكر، الدافعية المتزايدة للإنجاز، الطموح العالي، القدرة على المثابرة والإستمرار في العمل. وعلى الضد من ذلك يعانون من إنخفاض في تقدير الذات، حساسية مفرطة، إنعدام الشعور بالأمن النفسي، الصراع النفسي، ويلازمهم شعور بالغضب والحزن وعدم التقبل، كما يلاحظ لديهم العناد والتصلب والجمود بشكل غير عادي، كذلك الشك والعزلة والانسحاب الاجتماعي، كما يتميزون بالإعتمادية والعجز عن إتخاذ القرارات الهامة، فتبدو شخصياتهم غير ناضجة Immature (أو ناضجة نضجاً زائفاً) فيعد المصاب بفقدان الشهية العصبي طفلاً من نوع خاص ويحتاج إلى معاملة خاصة. (عبد الخالق و النيال، ١٩٩٢ ؛ فرج، ٢٠٠٠ ؛ القريطي، ٢٠٠٣ ؛ فايد، ٢٠٠٨ ؛ apahelpcenter.org)

من المشكلات التي تصاحبه ظهور أعراض إكتئابية وقلق، كما تكون الأعراض الوسواسية القهرية المرتبطة بالأكل (أو غير المرتبطة) ظاهرة في العادة. (بقيون، ٢٠٠٧)

قدم بيتر سلاذ P.Slade 1982 نموذجاً لفقدان الشهية العصبي أطلق عليه نموذج التحليل الوظيفي The functional analysis model ويتضمن هذا النموذج بعدين سلوكيين أساسيين يمثلان السبب الرئيسي وراء ظهور فقدان الشهية العصبي هما: الكمالية، وعدم الرضا عن الحياة والذات. ثم توصل سلاذ ورفاقه Slade et al 1991 في دراستهم إلى وجود بعد ثالث هو: الضبط والسيطرة؛ وبذلك تكون هذه الأبعاد الرئيسية لشخصية المصاب بفقدان الشهية العصبي (فايد، ٢٠٠٨)

الآثار والمضاعفات

دائماً ما يعطى فقدان الشهية العصبي الأولوية عن الشره العصبي ويرجع ذلك إلى أهميته؛ لأن الانخفاض الخطير في أوزان المصابين به يمكن أن يكون مصدر تهديد لحياتهم (الناصر، ٢٠٠٢)؛ حيث أن معدل الوفيات فيه والذي يقدر بـ ١٥% يعد أعلى معدل وفيات للأمراض النفسية وفي دراسة قدمها ريس و رفاقه (Reas et al, 2005) وجد أن عدد الوفيات بفقدان الشهية العصبي في النرويج خلال ثمان سنوات في الفترة الزمنية (١٩٩٢-٢٠٠٠م) كان ٦٦ فرداً حسب السجلات الطبية. وهناك دراسة سويدية تتبعيه لمدة ٣٠ عام طبقت على مجموعة من النساء المصابات بفقدان الشهية العصبي المزمّن كشفت عن أن نسبة الوفيات تصل إلى ١٨-٢٠% (nytimes.com)، و وُجِد أن أكثر الأسباب شيوعاً للوفاة هي: الجوع ، أو اختلال التوازن للمواد الكيميائية في الجسد ، أو فشل في وظائف القلب، أو الانتحار (bookrags.com)

ويذكر الدسوقي (٢٠٠٦- ب) أن الإقلال من تناول الطعام يخفض المعدل الأيضي الأساسي مما يحدث تأثيرات عكسية خطيرة على عمل الجهاز الدوري تتمثل في إنخفاض ضغط الدم، وإنخفاض معدل ضربات القلب مما يؤدي إلى شحوب الفرد وظهور التجاعيد على وجهه وربما يؤدي ذلك أيضاً إلى الدوخة أو الدوار، كما أن انخفاض ضغط الدم يؤدي إلى الضعف العام ومن ثم يشعر الفرد بالبرد بصفة مستمرة، والتغيرات الجسدية الأخرى تتضمن الإغماء والغثيان و الإمساك المزمن، وهشاشة الأظافر وسهولة تكسرها، وجفاف الجلد، وربما يصبح شعر الرأس رفيعاً جداً، ويظهر شعر ناعم على منطقتي الظهر والوجه.

ومما يبعث التفاؤل أن نسبة الوفيات بدأت في الإنخفاض خلال العقود المنصرمة نتيجة الوعي بخصائص الاضطراب وإتخاذ التدابير العلاجية اللازمة للمصابين. إلا أن مشكلة المضاعفات طويلة الأمد التي يسببها فقدان الشهية العصبي لا زالت مستمرة؛ حيث يحدث التجويع الذاتي ونقص الوزن تأثيرات ضارة وخطيرة على المدى البعيد في الصحة البدنية.

• الشره العصبي

للشره العصبي عدة مسميات من بينها فرط الشهية العصبي، النهم، أو النهام العصبي، زملة التشوش الغذائي، والأكل القهري (فرج، ٢٠٠٠)، فوضوية الأكل، الأكل الإجباري (رضوان، ٢٠٠٣)، والبوليماركسيا، و دوامة الشراهة والتقيؤ، حالة الخلل في التغذية (الفايز، ٢٠٠٧) وقد يسمى الضور أي فرط الجوع، أو القشم أي فرط الشهية (العيسوي، ٢٠٠٦) وأخيراً سُمي بالـ Bulimia وهذا الإسم أطلقه روسل Russel عام 1979 عند وصفه لثلاثين مريضة بأنهن خائفات من البدانة على الرغم من حبهن لتناول كميات كبيرة من الطعام (رضوان، ٢٠٠٣). كلمة Bulimia مشتقة من الإغريقية ومركبة من مقطعين؛ حيث bous تعني الثور، وlimos تعني جوع مما يشير إلى طريقة في الأكل تشبه أكل شخص جائع كجوع الثور. (emedicine.medscape.com)

التعريف

يقول سترانج في تعريفه للشره انه اضطراب وظيفي يمتاز بتناول الطعام بكثرة زائدة عن الحد، " ويذهب سترانج إلى القول بأن الشره ليس فقط حالة خطيرة يزيد فيها تناول الطعام، بل أن تناوله يصبح سلوكاً قهرياً Compulsive بمعنى أن المريض يجد نفسه منساقاً ومجبوراً على تناول كميات كبيرة من الطعام، ويصبح تناول الطعام بكثرة يشبه شرب الخمر بكثرة أيضاً وبطريقة قهرية أو قسرية " (العيسوي، ٢٠٠٦ : ٩٤)

وقد عُرف في موسوعة علم النفس بواسطة شاهين (١٩٩٧) بأنه تناول الطعام المنفرد غالباً، والعصبي بعض الشيء، يتم احياناً دون لذة، ويتضمن الإفراط في إبتلاع أي نوع من الأطعمة. و النهم كحاجة لا تقهر، يدخل في إطار الإدمان، ولقد وُصف بأنه تخدير بلا مخدر. له وظيفة ضد القلق وتجنب نشاط التفكير والشعور؛ ولكن يتبعه شعور بالخجل والإذلال.

كما عرفه عبد المعطي (٢٠٠٣- ب) بأنه حالة من نوبات النهمة وفقدان السيطرة على النفس في تناول الطعام و الإفراط في التهام كميات كبيرة منه في فترة زمنية قصيرة وقد تتسبب هذه الحالة في إحداث الآم شديدة بالبطن وقد تصل بالفرد إلى حد السمنة الزائدة.

خلال هذه النوبات لا يستطيع المرء التوقف عن الأكل أو السيطرة على المحتوى أو كمية الاستهلاك الغذائي (bookrags.com) ولا تتوقف النوبة غالباً إلا بانتهاء الكمية أو الشعور الحاد بعدم الراحة (فرج، ٢٠٠٠). وغالباً ما يتبع النوبات إحساس بالذنب ينتج عنها ممارسة السلوكيات التطهيرية و التي تشمل نوبات الصوم، أو إتباع نظام غذائي صارم، أو ممارسة تمارين رياضية قاسية، أو التقيؤ المتعمد، أو تعاطي مادة مدرة للبول، أو استخدام المليينات والمسهلات، أو استخدام قامعات الشهية، أو استخدام عقاقير الحمية (emedicine.medscape.com)، وهذه الأعراض قد تستمر لسنوات عديدة من التفاقم والهجوع، كما يجب التنويه إلى أن أعراض الشره العصبي والسلوكيات التطهيرية قد تختلف عبر المناطق الجغرافية. (about.com)

وتشير التقارير الإكلينيكية إلى أن النهمة يحدث أكثر في أوقات الملل، والقلق، والاكتئاب، والوحدة، والإغراء (فرج، ٢٠٠٠)؛ فنجد أن الشره العصبي يرتبط باضطراب الحالة الإنفعالية فهو يكشف عن عدم القدرة على الضبط الذاتي فيدلل الشخص نفسه ولا يستطيع التحكم في رغباته و يهين نفسه فرص التلذذ الذاتي، وقد يكشف الشره عن النزعات العدوانية ففيه مظاهر العض والإنقضاض والفتك. كما أن الشره يكشف عن نزعات من الغضب المكتوم التي يعبر فيها عن غضبه بالإنكباب على تناول الطعام وقد يصاحب الشره حالات اليأس وفقدان حب الخير والشعور بالاكتئاب والحاجة إلى التفريغ عن النفس عن طريق تناول الطعام الذي ينلهى به الفرد عن مشكلاته الأخرى (عبد المعطي، ٢٠٠٣- ب)؛ و كأنه آلية للتغلب على الإجهاد، والاكتئاب، والقلق، والغضب، والكثير غيرها من المشاعر السلبية.

ورغم أن نوبات الشره والتقيؤ كانت من الممارسات القديمة في الإمبراطورية الرومانية إلا إنه لم تتم الإشارة إلى الشره العصبي في الكتب الطبية إلا قليلاً في القرن الثامن عشر وقد يكون أول ظهور له على الساحة العلمية عام 1976 من خلال نشر دراسات تصف حالة Bulimarexia لدى الطالبات الجامعيات في أمريكا، ومنذ عام 1979 بدأ الشره العصبي يحظى باهتمام كبير بسبب انتشاره (العيسوي، ٢٠٠٥ ؛ الفايز، ٢٠٠٧ ؛ about.com) ؛ حيث أنه ينتشر انتشاراً واسعاً بدرجة أكبر من فقدان الشهية العصبي ويزعم بعض الخبراء أن الشره العصبي قد وصل إلى نسب وبائية وعلى الأخص بين طالبات الجامعة. (الدسوقي، ٢٠٠٦- ج)

معدل الانتشار

تتراوح معدلات إنتشار الشره العصبي من نسبة منخفضة ١,١% إلى نسبة عالية ٤,٢% (nimh.nih.gov)، ويُعتبر من المشكلات الخاصة بالمراهقة والرشد المبكر وحالات قليلة جداً هي التي تبدأ بعد الثلاثين (يوسف، ٢٠٠٠)؛ فيبدأ في أوائل العقد الثالث من العمر أي أن سن البدء فيه متأخر عن فقدان الشهية العصبي؛ وأقل من ٥% من الحالات هم من الأطفال والمراهقين دون الرابعة عشرة من العمر، كما تندر إصابة ذوات الأربعين أو الخمسين عام به (about.com). ينتشر عالمياً بنسبة ٤% تقريباً لدى النساء و ٠,٥% لدى الرجال (غانم،

٢٠٠٦) وحوالي ربع المصابين هم من المتزوجات، كما توجد نسبة عالية إلى حد ما من أبناء الطبقات الاجتماعية الوسطى والمرتفعة، ويشيع إنتشاره بدرجة خاصة بين طالبات الجامعة والنساء العاملات (الدسوقي، ٢٠٠٦، ج)، وقد توصلت بعض الدراسات أن حوالي ١٣% من طالبات الجامعة يمارسن التقيؤ بعد تناول كمية كبيرة من الطعام، كما تبين من الحالات التي تم الحصول عليها من إحدى مستشفيات الجامعة أن ١٥،١% من النساء لديهن أعراض الشره العصبي. (رضوان، ٢٠٠٣)

ويمكن تشخيص الخلل في البديئات وغير البديئات (bookrags.com)؛ فبعض المصابين تكون أوزانهم في الحدود الطبيعية و بعضهم ربما يقل عن الطبيعي بينما يعاني الكثيرون منهم زيادة في الوزن. (عبد المعطي، ٢٠٠٣ - ب)

التقارير تشير إلى أن العديد من ذوي الشره العصبي في كثير من الأحيان لديهم تاريخ من فقدان الشهية العصبي. وتذكر أن هذا هو واقع نسبة تصل إلى ٦٠ ٪ من الحالات (about.com)، كما لوحظ أن الشره العصبي يبدأ عادة أثناء أو بعد برنامج غذائي (حمية) (يوسف، ٢٠٠٠) وهناك احتمال أن القيود الغذائية تلعب دوراً مهماً في حالة الشره (فرج، ٢٠٠٠)، وكذلك لوحظ لدى بعض الأفراد المتخلفين عقلياً و المعنوهين بسبب إنعدام الرقابة الذاتية (الزراد، ٢٠٠٠). وأكثر مريضات هذا الاضطراب شهرة هي الأميرة ديانا مطلقة الأمير تشارلز ولي عهد بريطانيا التي كانت في صراع مع الشره العصبي أستمر لسبع سنوات. (عكاشة، ٢٠٠٣)

معايير التشخيص

وفقاً للدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المنقح للاضطرابات النفسية DSM-IV-TR الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي APA عام 2000 فإن محكات تشخيص الشره العصبي تتمثل في:

١ -نوبات متكررة من النهيم تتميز بكل من الخاصيتين التاليتين:

أ- الأكل خلال فترة غير متصلة من الزمن كمية من الطعام أكبر بشكل واضح مما يأكله معظم الناس خلال نفس الفترة وتحت نفس الظروف.

ب- إحساس بضعف السيطرة على عملية الأكل أثناء النوبة (إحساس المرء بعدم القدرة على التوقف عن الأكل أو التحكم فيما يأكله كماً ونوعاً).

٢ -سلوك تطهيري غير ملائم متكرر لمنع زيادة الوزن مثل تعمد القيء أو سوء استخدام الملينات أو المسهلات أو الصوم أو ممارسة تمارين بدنية شاقة أو عقاقير الحماية.

٣ -يحدث كل من النهيم والسلوكيات التطهيرية غير الملائمة في المتوسط بواقع مرتين أسبوعياً لمدة ثلاث شهور على الأقل.

٤ -لا يحدث الاختلال على وجه التحديد خلال نوبات فقد الشهية العصبي (عبد الرحمن،

٢٠٠٩)

وإستناداً إلى هذه المحكات الصعبة نجد أن هناك الكثير من المشاكل المتعلقة بالأكل الشره تحدث لدى الأفراد ذوي الوزن العادي أو فوق العادي ولا تتدرج ضمن حالات الشره العصبي ولا زالت تصنف ضمن اضطرابات الأكل غير المحددة مثل الحالات التي تمارس نوبات النهم و السلوكيات التطهيرية مرة في الأسبوع.

الأنماط الفرعية

أورد غانم (٢٠٠٦) نمطين من اضطراب الشره العصبي حددهما الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل للجمعية الأمريكية للطب النفسي كالتالي:

• النمط التطهيري : Purging type

يزاول الفرد بشكل منتظم التقيؤ المتعمد أو سوء إستعمال المليينات، و المسهلات، أو تناول عقاقير الحمية.

• النمط غير التطهيري : No purging type

حيث يزاول الشخص أنواعاً من السلوك التطهيري من قبيل الصيام، والرياضة، ولكنه لا يزاول التقيؤ المتعمد، أو يسيء إستخدام المليينات والمسهلات وعقاقير الحمية.

سلوك المصاب وشخصيته

قررت الدراسات وجود علاقة إيجابية قوية ودالة للشره العصبي بكل من الكمالية، تقدير الذات المنخفض، تشوهه في صورة الجسد، الشعور بالخزي، الإعتماضية، و نقد الذات (فايد، ٢٠٠٨) كما أن المصابين بهذا الاضطراب يفشلون في المحافظة على العلاقات الاجتماعية، ويذكرون دائماً مستويات عالية من الصراع مع أصدقائهم وشركائهم، ويتشوقون إلى الإستحسان الاجتماعي ويكونون حساسين للنقد، وتتميز ذوات الشره العصبي بأنهم أقل إيجابية، وأكثر تشاؤماً، وأكثر تناقضاً ودائماً ما تعبر تصرفاتهم عن الحاجة للحب والدعم العاطفي (wikipedia.org)، وكما هو الحال في ذوي فقدان الشهية العصبي فإنهم يبدون نمطاً يتميز بصلاية وصرامة الالتزام بالمعايير، والتفكير طبقاً لقاعدة الكل أو لا شيء على الإطلاق؛ فيحدد المصابون لأنفسهم شروطاً لا تقبل المساومة، فإما أن يكونوا مسيطرين على أنفسهم بالمرة وإما لا، ملتزمين أو مفرطين، جيدين أو سيئين ولا شيء آخر بين النقيضين. (عبد الرحمن، ٢٠٠٩)

ويتميز ذوي الشره العصبي عن ذوي فقدان الشهية العصبي بسمة الإندفاعية و يشتركون في إحتماضية عالية لظهور اضطرابات السلوك الإندفاعي المتهور لديهم مثل: إستخدام المشروبات الكحولية، وتعاطي المخدرات، والإباحية الجنسية، والسرقعة، و محاولات الانتحار، أو إحداث أضرار بالذات (الدسوقي، ٢٠٠٦، ج)؛ وهناك دراسة أمريكية كبيرة أجراها عدد من الباحثين (Bulik et al, 2004) عن علاقة تعاطي الكحول واضطرابات الأكل والعوامل الشخصية الوسيطة بينهما طبقت على عينة بلغت ٩٧ من ذوات فقدان الشهية العصبي و ٢٨٢ من ذوات الشره العصبي و ٢٩٣ من ذوات التاريخ المرضي بأحد الاضطرابين (الشره العصبي وفقدان الشهية العصبي) وقد كشفت نتائجها عن الآتي:

- الارتباط بين تعاطي الكحول والشهفة العصبية أقوى وأكثر دلالة (دال عند مستوى ٠٠١) من الارتباط بين تعاطي الكحول وفقدان الشهية العصبية.

- غالبية متعاطي الكحول تظهر لديهم بدايات أعراض اضطرابات الأكل.

- متعاطي الكحول من ذوي اضطرابات الأكل يعانون من الاكتئاب، أو القلق، أو اضطراب الشخصية ب ، كما تتسم تصرفاتهم بالاندفاعية، والكمالية.

وهذا يثبت أن هناك تشابه جوهري بين الشهفة العصبية وتعاطي الكحول أو المخدرات فجميعها من وجهة نظر علم النفس تنشأ عن عجز عام في القدرة على ضبط النفس، والشهفة العصبية سيدخل ضمن الإدمان لو عرفنا الإدمان تعريفاً فضفاضاً (wikipedia.org ؛ bookrags.com ؛ about.com).

الآثار والمضاعفات

الشهفة العصبية يمكن أن يكون ضار جداً من ناحية عضوية فالأكل بكثرة وبشراهة وفي أوقات زمنية متقاربة وغير منتظمة ثم محاولة التخلص مما تم تناوله يمكن أن يؤثر على كامل النظام الهضمي ويؤدي إلى حدوث خلل في توازن الجسد الأمر الذي يؤثر على القلب والأعضاء الرئيسية. (الزغاليل، ٢٠٠٩)

كثرة الأكل تؤثر في ارتفاع ضغط الدم كما تتحكم في الإصابة بالسرطان ونسبة الكوليسترول في الدم والتي تؤدي بدورها إلى مشكلات خطيرة جداً في الجهاز الدوري قد تؤدي إلى الوفاة (العيسوي، ٢٠٠٥)، كما تسبب السلوكيات التطهيرية التي تشيع بين ذوي الشهفة العصبية خلل في كيميائية الجسد؛ كحدوث الجفاف، أو نقص في عنصري البوتاسيوم والصوديوم، والإصابة بالإمساك، وغالباً ما يكون القيء هو مصدر المشاكل؛ فعندما يتقيأ الشخص؛ نجد أن حامض قوي جداً ينطلق من المعدة قد يؤدي إلى حرق الجزء العلوي من القناة الهضمية والفم والشهفة، كما يمكن أن يضر بالأسنان. (الزغاليل، ٢٠٠٩ ؛ wikipedia.org)

• العلاقة بين الشهفة العصبية وفقدان الشهية العصبية

فقدان الشهية العصبية والشهفة العصبية متداخلان وغير مستقلين تماماً، والعديد من المرضى يظهر عليهم أعراض الاضطرابين معاً، وكثيراً ما يحدث خلط في عملية التشخيص؛ ربما لأن الشهفة العصبية كان حتى وقت قريب يعتبر عرضاً من أعراض فقدان الشهية العصبية، ولم يتميز الشهفة العصبية كاضطراب مستقل بذاته إلا في عام ١٩٨٠ م من خلال الجمعية الأمريكية للطب النفسي، وعلاوة على ذلك فإن دراسات كثيرة أشارت إلى وجود قدر كبير من التشابه بين كلا الاضطرابين في الخصائص الديموجرافية والإكلينيكية مثل المدى العمري وسن بدء حدوث الاضطراب والمستوى الاجتماعي الثقافي والانشغال بالوزن والشكل والبدانة، وتشوه صورة الجسد، والبناء النفسي بشكل عام وحتى العوامل المسببة وطرائق العلاج لدرجة أن بعض النظريات تنظر إلى فقدان الشهية العصبية والشهفة العصبية على أنهما يقعان على طرفي متصل يمثل أحدهما فقدان الشهية العصبية ويمثل الآخر الشهفة العصبية. (الدسوقي، ٢٠٠٧ - أ)

حالات فقدان الشهية العصبي لها تاريخ في الغالب مع الشره العصبي ذلك لأن رفض الطعام قد يكون حيلة عكسية أو تكوين عكسي للرغبة في تناول الطعام بكثرة، كما أن مريض فقدان الشهية قد يعاني كذلك من نوبات من الشره في تناول الطعام. (العيسوي، ٢٠٠٦)؛ ففي دراسة لسانتوناستاسو ورفاقه (Santonastaso et al, 2006) على عينة من ٣٣٣ شخص ممن تنطبق عليهم المعايير التشخيصية لفقدان الشهية العصبي وُجِدَ أن ٢٤ منهم (٧%) عانوا من الشره العصبي في وقت مبكر من حياتهم ١١ منهم من النمط المُقيد و ١٣ من النمط التطهيري. وعلى العكس؛ فإن ذوي الشره العصبي قد يكون لديهم تاريخ مع فقدان الشهية العصبي، كما أثبتت دراسة فاز ورفاقه (Vaz et al , 2003) والتي طبقت على عينة تألفت من ١٠٤ من المصابين بالشره المرضي أن ٤٠% منهم عانوا من أعراض فقدان الشهية العصبي في وقت سابق من حياتهم وكان مؤشر كتلة الجسد لديهم أقل من ٢٠ ولديهم أدنى نسبة للدهون في الجسد، وكانوا يعانون من إنخفاض الكتلة العضلية، وارتفاع نسبة المياه خارج الخلية؛ كما وجدوا أن عدد كبير منهم يميلون للإحتفاظ ببعض أعراض الحالة السابقة (فقدان الشهية العصبي).

يتشابه ذوي فقدان الشهية العصبي وذوي الشره العصبي فيما بينهم في الرفض الجوهري لأجسادهم؛ بالمقابل يختلفون عن بعضهم في سلوكهم أثناء تناول الطعام بشكل واضح (رضوان، ٢٠٠٢) والفرق التشخيصي الجوهري بين فقدان الشهية العصبي والشره العصبي هو الوزن؛ إذ يتطلب تشخيص فقدان الشهية العصبي أن يكون وزن الجسد منخفضاً بينما يكون وزن معظم مرضى الشره العصبي عادياً أو زائداً (فرج، ٢٠٠٠)؛ لذا نجد أن تشخيص اضطراب فقدان الشهية العصبي أسهل كثيراً مقارنة باضطراب الشره العصبي ففي الأول تكون الأعراض واضحة خاصة نقص الوزن ومظهر الجسد أما في الثاني الأعراض تكون غير واضحة حيث أن الوزن عادي أو زائد قليلاً ونوبات الشراهة في الأكل وممارسة السلوكيات التطهيرية تحدث سراً في الغالب. (عبد الموجود، ١٩٩٩)

وبمقارنة الأفراد الذين يعانون من الشره العصبي بالأفراد الذين يعانون من فقدان الشهية العصبي نجد ان ذوي الشره العصبي :

- أكثر عرضة للإحساس بالجوع الشديد أو الحاد.
- أكثر عرضة لممارسة التقيؤ المتعمد.
- أكثر عرضة للإفراط في إساءة استخدام المسهلات وعقاقير الحمية.
- أكثر عرضة للزيادة في الوزن.
- أكثر عرضة لإلحاق الأذى بذواتهم.
- أكثر عرضة للانغماس في إساءة استخدام الكحول والمخدرات (الدسوقي، ٢٠٠٦ - ج)

وقد أعدت الباحثة جدولاً يلخص أوجه التشابه والإختلاف بين فقدان الشهية العصبي والشره العصبي:

جدول (١): مقارنة بين فقدان الشهية العصبي والشره العصبي

| الشره العصبي | فقدان الشهية العصبي | |
|--------------|---|------------|
| | نسبة المصابين من الإناث أعلى كثيراً من نسبة الذكور | أوجه الشبه |
| | الظهور في مرحلتي المراهقة والشباب ونادراً ما يتواجد في مراحل أخرى | |
| | أكثر شيوعاً في الطبقات الاجتماعية والاقتصادية العليا من السكان | |
| | ينظرون للأكل على أنه سلوك مشين ومخزي ويشعرون بالذنب بعد تناوله | |
| | إدراك مشوش لصورة الجسد (اضطراب في صورة الجسد) | |
| | يعاني المصاب من تدني تقدير الذات والشعور بالعجز | |
| | لدى المصاب رغبة ملحة في الكمال وحساسية عالية للنقد | |
| | يتسم المصاب بالاعتمادية وصعوبة اتخاذ القرارات | |
| | نوبات من الاكتئاب أو القلق تتزامن مع حدوث النوبة | |
| | ارتباط عالي بالوسواس القهري | |
| | العوامل المسببة | |
| | اساليب العلاج | |
| | معظم المصابين قد يتعرضون للانتكاسة بعد العلاج في اغلب الأحوال | |
| | أقل شيوعاً وانتشاراً | |
| | أعلى نسبة وفيات في الأمراض النفسية | |
| | تمت الإشارة إليه في تقارير طبية قديمة | |
| | يمكن تشخيصه بسهولة من خلال مظهر المصاب | |
| | نقص الوزن و انخفاض مؤشر كتلة الجسد | |
| | يأكلون كميات أقل من العاديين و ببطء | |
| | سن البدء أقل | |
| | يتسم المصابون بالزهد و ضبط الذات | |
| | أكثر شيوعاً وانتشاراً | |
| | نسبة وفيات غير محددة | |
| | وافد جديد على الوسط العلمي | |
| | أصعب في التشخيص بسبب السلوك السري للمصاب | |
| | قد يصيب ذوي الوزن العادي أو المرتفع | |
| | يأكلون كميات أكثر من العاديين وبسرعة أكبر | |
| | سن البدء أكبر | |
| | يتسم المصابون بالتهور والاندفاعية | |

• اضطرابات الأكل غير المحددة على أي نحو آخر

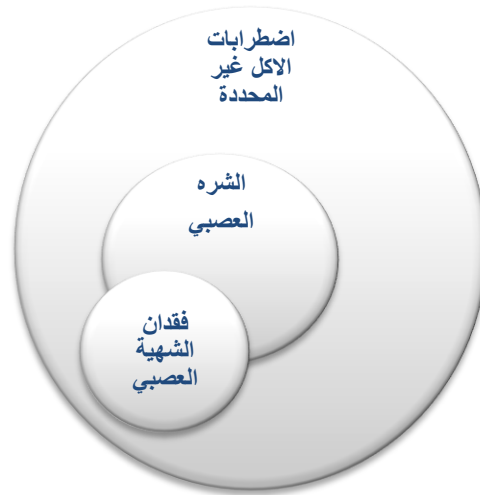
هناك نوعان رئيسيان من اضطرابات الأكل هما: فقدان الشهية العصبي، والشره المرضي العصبي، وثمة فئة ثالثة هي "اضطرابات الأكل غير المحددة على أي نحو آخر (EDNOS)؛ والتي تشمل العديد من الأشكال المختلفة لاضطرابات الأكل. معظم هذه الاضطرابات مماثلة لفقدان الشهية أو الشره المرضي ولكن مع خصائص مختلفة بعض الشيء. (about.com)

أي أن مجموعة اضطرابات الأكل غير المحددة على أي نحو آخر تختص بالاضطرابات التي لا تستوفي معايير أي اضطراب أكل محدد من قبل ومن أمثلتها ما يلي:

- ١ - مواصفات فقدان الشهية العصبي لدى أنثى ما عدا أنها منتظمة الدورة الشهرية.
 - ٢ - كل مواصفات فقدان الشهية العصبي باستثناء أن الوزن في الحدود الطبيعية.
 - ٣ - مواصفات الشره العصبي باستثناء أن تكرار إلتهام الأكل بكميات كبيرة على فترات متباعدة.
 - ٤ - الانتظام على السلوك التطهيري لشخص وزنه في حدود طبيعية بعد تناول كميات قليلة من الطعام.
 - ٥ - تكرار مضغ كميات كبيرة من الطعام وعدم بلعها بل بصقها.
 - ٦ - نوبات متكررة من الأكل الفوضوي بكميات كبيرة دون سلوكيات تطهيرية مناسبة.
- (حمودة، ١٩٩٨)

ويمكن توضيح العلاقة بين التصنيفات الثلاثة: الشره العصبي، وفقدان الشهية العصبي، واضطرابات الأكل غير المحددة على أي نحو آخر بالشكل الآتي:

شكل (١) : العلاقة بين الفئات الفرعية لاضطرابات الأكل



(عبد الرحمن، ٢٠٠٩ : ٢٢٠)

أشهر اضطرابات الأكل غير المحددة على أي نحو آخر هو اضطراب الاستمتاع الفوضوي بالأكل Binge-eating Disorder المصنف في الملحق (G) من الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المنقح للأمراض النفسية DSM,IV-TR 2000 ضمن الاضطرابات التي ما زالت في طور البلورة وتحتاج لمزيد من الدراسات. ويشبه كثيراً اضطراب الشره العصبي؛ فالأفراد الذين يعانون من اضطراب فوضوية الأكل يمارسون نوبات من الأكل الشره والقسري، إلا أنهم لا ينخرطون ابداً في أي سلوك تطهيري، ولا يحددون أي مدى لأوزانهم. كل ما يتوفر من معلومات أن هذا الاضطراب ينتشر في الأشخاص ذوي البدانة المفرطة. ومن الجدير بالذكر أن وصف الاستمتاع الفوضوي كتشخيص جديد هو محل خلاف وجدل منذ البداية مما دفع الباحثون إلى القول أن من السابق لأوانه تحديد هذه الفئة. (عبدالرحمن، ٢٠٠٩ ؛ nimh.nih.gov)

• العوامل المسببة لاضطرابات الأكل

التداخل الكبير بين الشره العصبي وفقدان الشهية العصبي فيما يتعلق بالأعراض المرضية والواقع الذي يقضي بأن الفرد من المحتمل أن ينشأ لديه كلا الاضطرابين يوحى بأنهما يتشابهان في أسباب حدوثهما (الدسوقي، ٢٠٠٧- أ)؛ وفيما يلي سيتم إستعراض مجموعة من العوامل التي ثبت تأثر اضطرابات الأكل بها مصنفة إلى ثلاث فئات فرعية: العوامل العضوية، العوامل النفسية، و العوامل الاجتماعية.

وينبغي أن ندرك قبلاً؛ أن من الصعب جداً معرفة ما يؤدي بالشخص إلى اضطرابات الأكل على وجه الدقة واليقين، وقد تعددت النظريات المفسرة في هذا المجال؛ فهناك النظريات العضوية، والنفسية، والاجتماعية، والثقافية. ولا يزال الجدل قائماً حول صدق أي من هذه النظريات فنتائج الدراسات الامبيريقية في هذا الشأن غير حاسمة تماماً، كما أن معظمها قد بُني على عينات إكلينكية وهو ما يعد قصوراً منهجياً خطيراً فالأشخاص الذين يسعون للعلاج ربما لا يمثلون المصابين بتلك الاضطرابات. ويميل أغلب الباحثين الآن إلى قبول النظرية التوليفية Eclectic التي تؤكد أن اضطرابات الأكل تنشأ من تفاعل جميع العوامل وان كل عامل منها يزيد من فرص الإصابة كما أن بعض تلك العوامل يسهم في تطوير عوامل أخرى. إضافة إلى أن المتخصصين اختلفوا في تحديد الأهمية النسبية لكل عامل منها. من المهم أن ندرك كذلك؛ أن من المسببات ما يمكن تجنبه مثل الحمية الغذائية والأثر الثقافي ومنها ما لا يمكن تجنبه مثل الأثر الوراثي على سبيل المثال لا الحصر. (عبد الموجود، ١٩٩٩ ؛ الشيخ علي، ٢٠٠٥ ؛ العيسوي، ٢٠٠٥ ؛ عبد الرحمن، ٢٠٠٩ ؛ about.com)

العوامل العضوية

من ناحية وراثية فقد أظهرت الدراسات التي تمت في مجال الأسرة أن اضطرابات الأكل أكثر حدوثاً في المرضى الذين تربطهم صلة قرابة بمرضى يعانون من اضطرابات الأكل أكثر مما هو شائع بين عامة الناس (عبد الرحمن، ٢٠٠٩)، وتشير دراسات أخرى إلى أن الكروموسوم ١٤ يرتبط بالشره العصبي، كما أكدت على أن كروموسوم ١٠ قد يكون له دور في فقدان الشهية والشره العصبي، وربما غيرها من اضطرابات الأكل (about.com). وقد فُدر أثر التوريث على فقدان الشهية العصبي بأكثر من ٥٠ ٪ (nami.org). كما أشارت شقير (٢٠٠٢) إلى أن تجربة التغذية المبكرة والعوامل الوراثية تؤثر في تكوين الخلايا الدهنية في الجسد، ففي السنة الأولى من حياة الطفل يتحدد عدد وحجم هذه الخلايا، وفي حالة المبالغة في تغذية الطفل في فترة تكون الخلايا الدهنية ستكون النتيجة حاجة ملحة إلى المخزون الحراري المرتفع للحفاظ على امتلاء الخلايا بالتالي تزيد احتمالية الإصابة بالشره العصبي.

من ناحية أخرى؛ أوضحت التقارير الأولية أن ذوي اضطرابات الأكل لديهم رسم مخ كهربائي شاذ مما يدل على وجود اضطراب يتعلق بالمهيد Hypothalamic. كذلك لاحظ باحثون وجود خلل في الكيماويات العصبية الناقلة Neurotransmitters لدى ذوي اضطرابات الأكل خاصة السيروتونين Serotonin (عبدالموجود، ١٩٩٩) الذي يلعب دوراً مهماً في تنظيم مزاج الإنسان ورغبته الجنسية؛ لذا يسمى أيضا بهرمون السعادة (wikipedia.org) وكذلك يرتبط بالشهية؛ فالشهية تزيد مع انخفاض نسبة السيروتونين في المخ وتقل مع زيادة نسبته.

(عكاشة، ٢٠٠٣) وهذا الرأي يدعم شيوع أعراض الاكتئاب والوسواس القهري لدى ذوي اضطرابات الأكل ومن المعروف الدور الذي يلعبه السيروتونين في نشأة الاكتئاب والوسواس القهري (عبدالموجود، ١٩٩٩). بصفة عامة نجد أن الأدلة على ذلك مختلطة ومشوشة فبعض الدراسات دعمت الافتراض القاضي بأن المصابين لديهم خلل في مستوى ونشاط السيروتونين في حين لم تجد دراسات أخرى فروقاً ذات دلالة بين المصابين باضطرابات الأكل والأسوياء. (عبدالرحمن، ٢٠٠٩)

وبصفة عامة؛ لا يوجد حتى الآن وصف بيولوجي مقنع لاضطرابات الأكل والفروق البيولوجية الموجودة بين ذوي اضطرابات الأكل وغيرهم من الأسوياء غالباً ما تكون تأثيرات أو نتائج وليست أسباباً للاضطراب. (الدسوقي، ٢٠٠٧- أ)

العوامل النفسية

ذكر جوريزني (Goreczny, 1995) في سياق النظرية النفسية التي أوردتها: أن اضطرابات الأكل تتبع من الحاجة للتقدير والنزعة للمثالية والكمال وتعتبر عن محاولات للسيطرة على الجسد لاسيما خلال مرحلة المراهقة حين تتغير هيئته بشكل متطرف. وقد أكدت دراسة والر ورفاقه (Waller et al, 2007) على أن اضطرابات الأكل ما هي إلا وسيلة دفاع نرجسية لتحقيق الكمال والمثالية؛ فأثبتوا أن الدفاعات النرجسية ضد التقدير المنخفض للذات تكتسي أهمية خاصة في فهم سيكولوجية اضطرابات الأكل.

اما وندرليتش Wonderlich 1995 فقد ذكر أن نتائج العديد من الدراسات أثبتت أن الأفراد الذين يعانون من اضطرابات الأكل يعبرون عن رغباتهم ووجداناتهم المكبوتة تعبيراً فعلياً وليس لفظياً (أي إخراج الرغبات الغريزية لحيز الفعل Acting Out Behavior) (الدسوقي، ٢٠٠٧- أ)، ويمكن التنبؤ باضطرابات الأكل لدى عائلات على مستويات عالية من السيطرة والقسوة والرقابة حيث يتعلم الأبناء انه من غير المأمون التعبير عن الانفعالات و الآلام النفسية بطريقة مباشرة فيتم التعبير عن الذات من خلال الأعراض الجسدية تبعاً لنتائج دراسة شيفلد ورفاقها (Sheffield et al, 2006)، ويقرر معظم المصابون أنهم تعرضوا للطرد والنبذ وعدم القبول والصراعات الأسرية خلال طفولتهم (العيسوي، ٢٠٠٥)

ويرى بعض المحللين النفسيين أن أعراض اضطرابات الأكل تنشأ نتيجة الخبرات الصادمة في الطفولة فيربطون مثلاً بين الانخراط المتكرر في نوبات النهم والقيء وبين التعرض للاعتداءات الجنسية التي تحدث عن طريق الفم حيث يلعب إستدعاء مثل هذه الخبرات الصادمة من الذاكرة دوراً في تحديد الأعراض المرضية، وبدل هؤلاء المحللون على ذلك بملاحظة أن أعراض الاكتئاب يسبق ظهورها عادة خبرات جنسية صادمة (عبد الموجود، ١٩٩٩). وقد أكدت نتائج دراسة سينيور ورفاقه (Senior et al, 2005) على أن الخبرات الطفلية المؤلمة لاسيما الاعتداء الجنسي تعد عامل مشترك لدى غالبية المصابين باضطرابات الأكل، كما يرتبط فقدان الشهية العصبي ببعض الذكريات الطفلية المنفرة من الطعام أو أن بعضهم قد أجبر في وقت من الأوقات على تناول الطعام تحت التهديد بإيقاع العقاب. (عبد الموجود، ١٩٩٩)

ومن أشهر البحوثات في موضوع اضطرابات الأكل المحللة النفسية هيلدا بروش H. Bruch والتي عملت في مجال اضطرابات الأكل قرابة نصف قرن بحثاً وعلاجاً ووضعت نظرية دينامية نفسية ومعرفية لتفسيرها، وأفترضت فيها أن التفاعل المضطرب بين الأم وطفلها يؤدي إلى نقص خطير في أنا الطفل (ويتضمن إحساس ضعيف بالتلقائية والتحكم)، وإلى اضطراب إدراكي معرفي خطير ينجم عنه أنماط مضطربة في الأكل، وتؤمن بأن للطعام قيمة رمزية هامة، كما ربطت بين أعراض اضطرابات الأكل وخبرات الطفولة المبكرة، وتعتقد بوجود نقص في الاستجابات المناسبة من قبل الأم دائماً؛ فالأم التي تفشل في أن تعرف متى يكون طفلها جائعاً مثلاً فإنها تطعمه تبعاً لإحتياجاتها هي؛ كأن تطعمه حتى تجعله في المقام الأول هادئاً أو لتدفعه إلى النوم ولذلك فإن الطفل لا يستطيع أن يتعلم كيف يميز بين حاجاته الخاصة وتلك الحاجات التي يفرضها عليه الآخرون.

كما تُعد بروش إحدى الكاتبات الأوليات اللاتي أفترضن أن اضطراب صورة الجسد له أهمية مركزية في اضطرابات الأكل؛ فتري أن المرضى يدخلون في معركة من أجل السيطرة على الوزن ومن أجل الشعور بالذاتية والفاعلية، في سبيل هدف قاس لا يلين لتحقيق القوام النحيل الرفيع بوصفه خطوة نهائية في هذا السعي، كما أفترضت أن هناك ثلاثة عوامل ممهدة هي:

- مشكلات غذائية في الحياة المبكرة
 - الآباء والأمهات المنشغلون بالطعام
 - العلاقات الأسرية التي تترك الطفل دون الشعور بالذاتية أو الهوية.
- (عبد الخالق، ١٩٩٧)

وفي سياق التحليل النفسي أيضاً؛ أكدت نتائج دراسة ويلر ورفاقه (Wheeler, 2003) على أن اضطرابات الأكل أسلوب غير سوي في مواجهة أزمة الهوية التي تحدث في المراهقة؛ فالأسر التي لا تدعم الشعور بالذاتية والاستقلالية في أطفالها تعطل في أبنائها القدرة على مواجهة أزمة الهوية بالتالي قد يدخل الأبناء في دوامة اضطرابات الأكل، ويدعم ذلك تفشي الشعور بعدم الفاعلية وعدم الكفاءة لدى ذوي اضطرابات الأكل، وشيوع تشتت الهوية وتعلق الهوية لديهم، كما لاحظ الباحثون في هذه الدراسة أن اضطرابات الهوية هي العنصر الرئيسي لمعظم النظريات المتعلقة بالأسرة والتي تختص بتفسير اضطرابات الأكل. يُفسر ذلك بأن هذه الاضطرابات قد تكون بمثابة أسلوب تكيفي خاطئ لمواجهة صراعات المراهقة لكونها مرحلة انتقال من الاعتمادية إلى الاستقلال خاصة في حالة مغادرة المنزل للذهاب للجامعة أو الزواج حيث الإضطلاع بمزيد من الاستقلالية والمسؤولية (search.medscape.com)، كما يفسر تطور كل من الشره العصبي وفقد الشهية العصبي لدى الفتيات خاصة أثناء مرحلة المراهقة؛ بأن المراهقة هي الفترة التي تعاني فيها الفتيات عموماً من انخفاض تقدير الذات ويكون أكثر عرضة للاضطرابات العاطفية من الذكور، كما أن البنات المراهقات أكثر انشغالاً بمظهرهن وبعلاقاتهن مع الآخرين. (عبدالرحمن، ٢٠٠٩)

من جانب آخر؛ لاحظ الاكلينيكيون منذ فترة طويلة أن التشويش أو الاضطراب المعرفي له دور كبير وأساسي في حدوث اضطرابات الأكل ويشير التراث السيكولوجي إلى وجود نموذجين معرفيين يعتمد عليهما كأساس للعلاج المعرفي لاضطرابات الأكل أحدهما مصمم لفقدان الشهية العصبي جارنر وبيمس 1982، و الآخر مصمم للشهية العصبي فيربورن ورفاقه 1986 Fairburn et al وهذان النموذجان يتضمنان علاج معتقدات وإتجاهات غير سوية لها دور كبير في الحفاظ على أو استمرار الاضطرابين. وفي الآونة الأخيرة توصلت كوبر ورفاقها 1998 Cooper et al إلى نموذج معرفي يتضمن كلاً من فقدان الشهية العصبي والشهية العصبي، وتؤكد كوبر على أن اضطرابات الأكل تكشف عن المعتقدات السلبية التي تتعلق بالذات وكذلك تتضمن الشكل والوزن وهذه المعتقدات عادة ما تكون مطلقة مثل أنا غير محبوب، أنا تافه، أنا وحيد (الدسوقي، ٢٠٠٧- أ). ويدعم صدق هذه النظريات المعرفية ذلك النجاح الملحوظ الذي حققه العلاج السلوكي المعرفي في علاج حالات اضطراب الأكل خاصة اضطراب الشهية العصبي وتفوقه على صور العلاج الأخرى. (عبد الموجود، ١٩٩٩)

يجدر بالذكر؛ أن أحداث الحياة الضاغطة أيضاً تلعب دوراً مهماً في نشأة اضطرابات الأكل مثل الانتقال من مرحلة دراسية إلى أخرى، أو إنتقال السكن من مكان لآخر، أو فقدان شخص عزيز، أو الإحساس بالغيب أو النبذ، أو اضطراب العلاقة مع الأقران، أو المشكلات العاطفية، أو الزواج، أو الحمل، أو الإجهاد الناجم عن العمل أو الدراسة. (عبد الموجود، ١٩٩٩) وتؤكد نتائج دراسة بيك ورفاقها (Pike et al, 2006) على تعرض المصابات باضطرابات الأكل لعدد كبير من هذه الأحداث خلال العام الذي يسبق ظهور أعراض اضطرابات الأكل.

وأخيراً؛ يشير العيسوي (٢٠٠٥) في هذا الشأن إلى عامل التقليد والمحاكاة كعامل نفسي في نشوء اضطرابات الأكل و إستمراريتها. وتدعم الباحثة هذا الرأي في ضوء إنتشار العقاقير الطبية و البدائل الغذائية الخاصة بإنقاص الوزن و تناقل الخبرات عبر الشبكة الالكترونية حولها حتى صارت الحمية الغذائية ظاهرة من ظواهر العصر.

العوامل الاجتماعية

يرى العديد من الباحثين أن العوامل الأسرية تلعب دوراً مهماً في نشأة اضطرابات الأكل وقد تضمن أدب البحث المتعلق بالعوامل الأسرية ودورها في التنبؤ باضطرابات الأكل محورين: ركز الأول على اتجاهات الأسرة نحو الأكل والسلوكيات المرتبطة به والتركيز على مظهر الجسد، فيما ركز المحور الثاني على الخصائص المرضية للأسرة كأسلوب الرعاية الوالدية والعلاقات الاجتماعية داخل الأسرة. فالأسرة تعتبر من العوامل الرئيسية التي تؤثر على سلوك الأكل لدى الأبناء؛ حيث يمثل الوالدان خاصة الأم مؤسسة التنشئة الاجتماعية الأولى التي تنقل رسالة للمراقبة حول المظهر وممارسات الأكل أي أنها تؤثر على نظام الطعام لدى المراهقات بطريقتين: فهي التي تقدم الطعام وتحدد نوعيته ومحتوياته، كما أنها تؤثر على تفضيلات الطعام والعادات المتعلقة بالأكل ومع إنتقال المراقبة إلى مرحلة تتضمن قدر أكبر من الاستقلالية أي أن عادات الأكل لديها سوف تعكس دور الوالدان في ذلك. (الشيخ علي، ٢٠٠٥)

تشير نتائج بعض الدراسات والتي أجريت على مرضى فقدان الشهية العصبي إلى أن أحد الوالدين يتميز إما بالحنافة الشديدة أو البدانة الشديدة وان هناك بشكل عام تاريخاً أسرياً من المعاناة باضطرابات الأكل.

من ناحية أخرى؛ كشفت نتائج دراسات عديدة عن أن ذوي فقدان الشهية العصبي غالباً ما ينتمون إلى أسر مضطربة تنسم بالتشوش ونقص الدفء العاطفي والافتقار إلى التجاوب الانفعالي وعدم القدرة على حل المشكلات وضعف التواصل وهشاشة الروابط بين أفرادها. وبالمثل أشارت بعض الدراسات التي أجريت على ذوي الشره العصبي إلى وجود باثولوجية أسرية مثل اضطراب العلاقة بين الفتاة و أحد الوالدين أو تميز أسلوب التنشئة الاجتماعية بالحماية الزائدة والتأكيد الزائد على بعض القيم مثل الحفاظ على المظهر والتضحية بالذات (عبدالموجود، ١٩٩٩)، وقد وجدت دراسة في جامعة أكسفورد لويلسون ورفاقه Wilson et al 1996 أن النظام الغذائي الذي تتبعه الأسرة والتعليقات الساخرة من قبل الوالدين على وزن ابنتهما أو طريقة أكلها تمثل عوامل مخاطرة محددة للشره العصبي، كما حددت الدراسة بعض عوامل المخاطرة الأخرى مثل الغياب الوالدي وضعف الترابط والتوقعات والانتقادات أو السخرية و الخلافات الوالدية. (عبدالرحمن، ٢٠٠٩)

وقد قارنت لورا هامفري Humphrey 1989 بين مجموعات من أسر ذوات فقدان الشهية العصبي وأسرة ذوات الشره العصبي وأسرة مجموعة من الفتيات السويات وشملت الدراسة الفتاة نفسها و أبويها البيولوجيين، وتوصلت إلى وجود فروق دالة بين أسر المرضى وأسرة الأسوياء؛ حيث تبين أن الفتيات ذوات فقدان الشهية العصبي يعانين من الإهمال والتجاهل من قبل الوالدين وعدم السماح للفتاة بالتعبير عن مشاعرها، أما مشاعر هؤلاء الفتيات نحو الوالدين فتتميز بالثنائية الوجدانية؛ بينما تميزت أسر ذوات الشره العصبي بالعدائية وكثرة الشجار والعتاب والغضب المتبادل بين الفتاة ووالديها وهو ما تضطر معه الفتاة إلى قمع رغبتها في تأكيد هويتها من خلال الانخراط في نوبات نهم. (عبد الموجود، ١٩٩٩)

وفي سياق آخر؛ هناك من يرى أن اضطرابات الأكل ماهي إلا إستجابة للمطلب الثقافي المُلح الذي يُعتبر القوام الرشيق الرقيق هو معيار الجمال، وهو الذي يعني النجاح والقدرة على إنتزاع الإعجاب والفوز في كل المجالات (العمل، والزواج، والقبول الاجتماعي). ويرى كلاً من كفاي والنيال ١٩٩٥ أن لكل ثقافة معايير خاصة حول صورة الجسد المرغوبة والمثالية بالنسبة للأفراد من الجنسين. و رضا الفرد عن صورة جسده يرتبط بما يصدره الآخرون من أحكام وتقييمات عنه، كذلك فإن النمط الجسدي الذي يعتبر جذاباً ومناسباً ومثالياً من وجهة نظر الثقافة التي يعيش فيها الفرد كثيراً ما يكون له تأثير كبير على مدى رضاه عن جاذبيته الجسدية، وكلما كانت صورة الجسد متطابقة أو قريبة من معايير الجسد المثالي السائدة في الثقافة، يشعر الشخص بجاذبيته الجسدية ويصبح أكثر إحساساً بالرضا عن ذاته؛ وعلى العكس إذا ما تباعدت صورة جسده عن الصورة المثالية تختل نظرته عن ذاته وينخفض تقديره لها (عبد الموجود، ١٩٩٩).

وتشكل وسائل الإعلام ضغط ثقافي قوي تجاه الرشاقة مما يساعد على شيوع وانتشار اضطرابات الأكل التي أصبحت واضحة وجلية في الآونة الأخيرة لدى غالبية الإناث بسبب زيادة التأكيد الثقافي على أن الرشاقة هي الشكل المثالي للجسد (الدسوقي، ٢٠٠٧- أ)؛ وهناك دراسة

للوكين ورفاقها (Lokken, 2004) تثبت انه من خلال تحليل الإنحدار لمستوى الوعي الداخلي بمعايير الجمال التي تقدمها وسائل الإعلام يمكن التنبؤ بحالة الرضا عن صورة الجسد والسعي للرشاقة وأعراض اضطرابات الأكل.

وبالنسبة لكثير من الإناث فإن المحافظة على المظهر الحسن والقوام الرشيق أكثر أهمية من أن تكون الأنثى في صحة جيدة ويأتي الشعور بالسعادة الشخصية والإحساس بالنجاح من خلال الوصول إلى مقاييس مناسبة للجسد تقارب المعيار المثالي الذي حددته الثقافة. كما أن الدافع إلى النحافة وإتباع نظام غذائي محدد (حمية) يُعد أول خطوة تؤدي إلى الإصابة باضطرابات الأكل (الدسوقي، ٢٠٠٧- أ).

إذن يمكن القول بأن الأنثى في جميع أنحاء العالم تهتم بصورتها الجسدية، وإن كانت درجات الإهتمام تتباين من مجتمع لآخر، فقد كشفت نتائج دراستي إبراهيم و النيال ١٩٩٤؛ و كفاي و النيال ١٩٩٦ أن المرأة العربية قد تقع في موقف صراعي فيما يتعلق بصورة الجسد بين قيمها وتقاليدها وبين المثال الجسدي الوافد نتيجة الاحتكاك والاتصال الثقافي بثقافات أخرى. (الفايز، ٢٠٠٧) وهذا يضيف أهمية على هذا البحث من خلال معرفة موقف الفتاة الجامعية السعودية من الرشاقة والتي تعتبر المثال الجسدي الوافد والمطلوب، وما قد يؤدي إليه تتبعها له من اضطرابات في الأكل.

ساد الاعتقاد لفترة طويلة بأن اضطرابات الأكل يشيع ظهورها في المجتمعات الغربية الصناعية وحدها وبالتحديد في غرب أوروبا والولايات المتحدة الأمريكية والتي يفضل أفرادها النحافة والرشاقة كصورة للجسد المثالي بالرغم من شيوع السمنة بشكل مرعب فيها. كما تعزو معظم الدراسات التي تؤيد أثر الثقافة شيوع اضطرابات الأكل في المجتمعات غير الغربية إلى تصدير المُثل الغربية وتبادل الثقافات (العولمة)، ويدعم هذا الرأي إنعدام تلك الاضطرابات في المجتمعات البدائية التي لا تعطي للجاذبية الجسدية قيمة عالية ولا يشكل الجسد الرشيق صورة الجسد المثالي فيها (profreg.medscape.com). وقد وجد عدد كبير من الباحثين أن المهاجرين إلى أمريكا الذين أمضوا أكثر من ٧٠% من حياتهم في الولايات المتحدة لديهم معدلات أعلى من اضطرابات الأكل مقارنة بالذين قضوا فترة أطول من حياتهم في بلدانهم الأصلية، كما وجدوا فروق ذات دلالة إحصائية بين الثقافات والأعراق المختلفة في معدلات انتشار اضطرابات الأكل بكافة فئاتها. (apa.org)، إلا أن نتائج الكثير من الدراسات الحديثة تنقض ذلك؛ فهناك دراسة كورية عبر ثقافية لصوفيا جاكسون ورفاقها (Jackson et al, 2006) أختبرت هذه الفرضية من خلال مقارنة سلوك اضطرابات الأكل لدى مجموعات من النساء الكوريات على مستويات مختلفة من التعرض للثقافة الغربية؛ وُجد أن نسبة اضطرابات الأكل في الكوريات المهاجرات إلى أمريكا لا تختلف كثيرا عنها في المواطنات الكوريات وفتت العلاقة بين اضطرابات الأكل والتعرض لمستويات أعلى من إنتقال الثقافة الغربية. وتؤكد هذه النتيجة دراسة كويبية لجان ورفاقه (Jane et al, 1999) حول أثر انتقال الثقافة الغربية عبر وسائل الإعلام في نزوح الشباب الكوبي من الجنسين إلى اضطرابات الأكل آخذة في الاعتبار التحدث باللغة الإسبانية في المنزل حيث لم تجد فروق ذات دلالة إحصائية بين مستويات التعرض للثقافة الغربية في نسب انتشار اضطرابات الأكل.

لم تكن الثقافة العربية و الإسلامية تعطي أهمية كبيرة للنحافة كما هو الحال في الثقافة الغربية وبناء على ذلك يظن البعض أننا في الشرق محميين من هذه الاضطرابات لكن الذي يحصل في الوقت الحاضر يشير إلى عكس ذلك؛ فالأعلام الذي يؤكد على الشكل الخارجي والنحافة أصبح يصلنا ويؤثر علينا و تعج وسائل إعلامنا بالكثير من البرامج والإعلانات التي تروج للجاذبية الجسدية وتؤكد على المظهر الرشيق للمرأة العصرية (فخورى، ٢٠٠٦) كما أن الثقافة صارت تؤكد على أهمية ومكانة المرأة وقيمتها من خلال مظهرها الجسدي وهو ما لا يتم بالنسبة للرجل، والمرأة دائماً ما تبحث عن جاذبيتها في عيون الآخرين (عبد الموجود، ١٩٩٩)؛ وهذا التصور الخاطئ ينال من احترامها لذاتها في ظل هذه الثقافة التي تعطي الجسد أهمية أكبر مما ينبغي وتهمل معايير أخرى كالفضيلة، والعفة، والإتزان، والتعقل، والشرف، والأمانة، والوفاء، والإخلاص، والعمل، والإنتاج، والابتكار، والانجاز، والتعاون (العيسوي، ٢٠٠٥).

تعقيب

كان هناك قرائن عدة تؤكد أثر العامل الثقافي في شيوع اضطرابات الأكل للحد الذي جعل المؤلفين الأوائل حول الموضوع يعرفونها بأنها اضطرابات نشأت نتيجة للرغبة في النحافة لا غير وأنها لا تعدو كونها إستجابة لمطلب ثقافي؛ إلا أن الباحثة ترى أنه من غير المنهجي علمياً ترجيح عامل دون آخر وأستبعدت كل التعاريف من مثل هذا النوع لاسيما أن الدراسات العلمية حول تتبع أسباب اضطرابات الأكل لازالت قائمة وتعطي نتائج غير متنسقة ولا يمكن الجزم من خلالها بأي تعليل.

أخيراً:

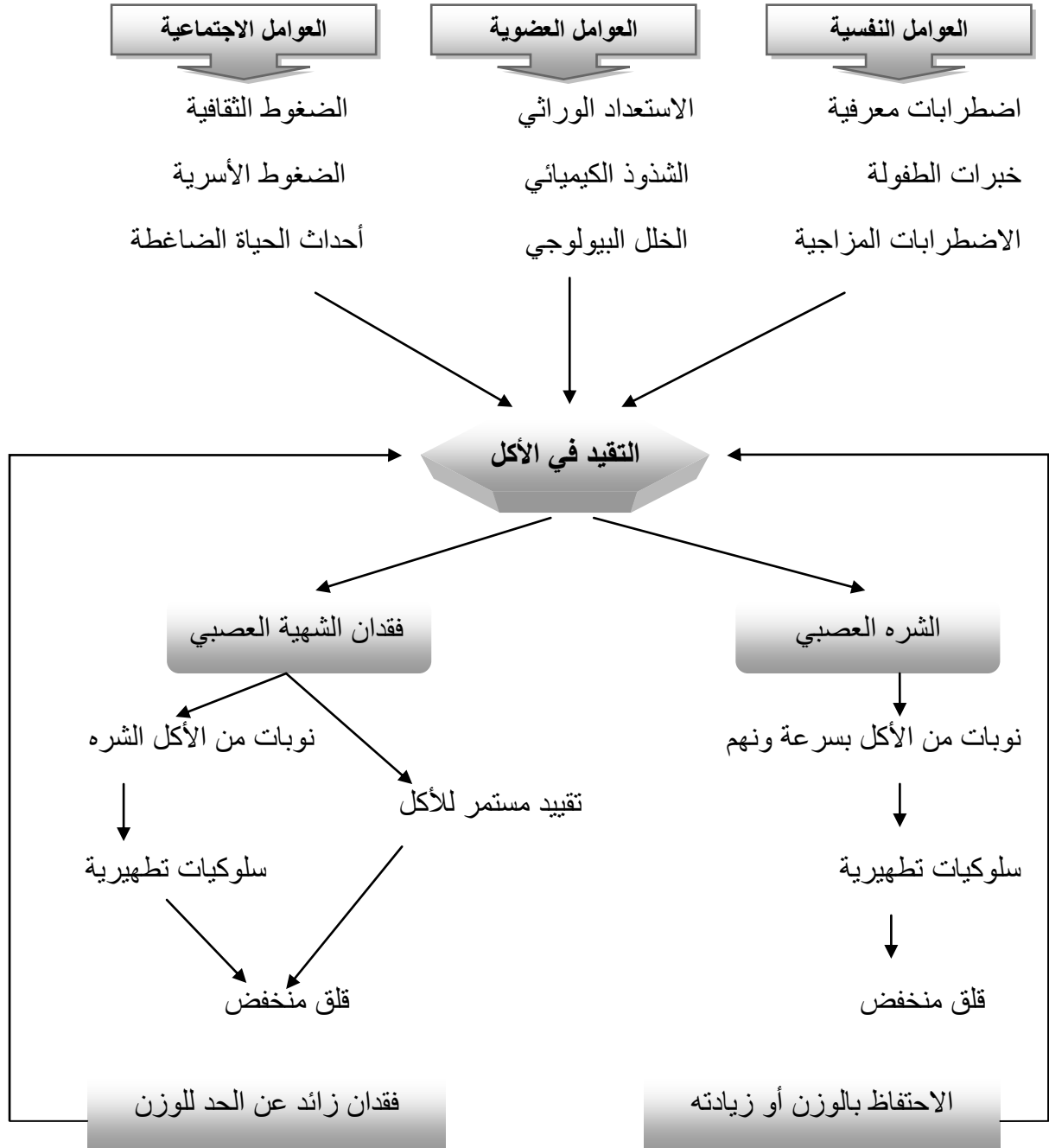
هناك صعوبة في تحديد مسألة العلية أو السببية في الظواهر الإنسانية وموذى ذلك أننا إذا قلنا أن الاكتئاب هو سبب حدوث اضطرابات الأكل فإننا نستطيع أن نقول أيضاً أن الاكتئاب كان رد فعل لاضطرابات الأكل وليس العكس بمعنى انه جاء رد فعل للإصابة بالمرض وليس سبباً له. وكذلك نستطيع أن نقول أن كلا من الاكتئاب واضطرابات الأكل قد يرجعان إلى عامل سببي آخر هو الوراثة مثلاً. والنظرية التي يؤمن بها (العيسوي، ٢٠٠٥) كما تؤمن بها الباحثة هي الإتجاه المتعدد العوامل في تفسير الأمراض النفسية. فلا ترجع لعامل واحد بعينه وإنما لمجموعة متضافرة من العوامل المتفاعلة التي تؤثر بعضها في بعض؛ وعلى ذلك يعبر عن نشأة الاضطراب بالمعادلة الآتية:

$$\frac{\text{العوامل الوراثةية} \times \text{العوامل البيئية} \times \text{عامل الزمن}}{\text{مقدار مقاومة الفرد و صموده}} = \text{الاضطراب}$$

كل هذه العوامل متفاعلة متداخلة ومتكاملة تسقط على مقدار مقاومة الفرد. فإن كانت المقاومة أقوى تحمل الفرد وظل سويًا، وان زادت الضغوط على المقاومة سقط الفرد مريضاً. وعلى ذلك لا يقبل القول بإرجاع تلك الاضطرابات إلى سبب واحد بعينه وإنما لمجموعة من الأسباب الوراثةية والبيئية على أن يبقى تأثيرها عبر فترة معقولة من الزمن حتى يحدث التفاعل بينها ويظهر أثر سقوطها على كاهل المصاب.

وقد أورد بارلو وديوراند Barlow & Durand 1999 نموذج سببي متكامل لاضطرابات الأكل
موضح بالشكل التالي:

شكل (٢): مخطط لنموذج سببي متكامل لاضطرابات الأكل



(الدسوقي، ٢٠٠٧، أ: ٩٩)

• علاج اضطرابات الأكل

من خلال العرض السابق للعوامل والمسببات وجدنا أنها تتراوح ما بين العضوية والنفسية والاجتماعية وفي ضوء ذلك التنوع تتنوع أساليب العلاج (شقير، ٢٠٠٢) لذا؛ فمن الأهمية بمكان وضع خطة علاجية مناسبة لكل حالة حسب ظروفها و درجة شدتها، وقد صمم الباحثون في هذا المجال عدد من البرامج يمثل كلاً منها حزمة علاجية تجمع بين أكثر من طريقة في العلاج أثبتت فاعليتها بالتجريب؛ يتضمن العلاج تطبيقاً لعادات الأكل السوية، ويشجع المرضى في البرامج ليكونوا أكثر إستجابة لإحتياجات جسدكم، وأن يراقبوا مشاعرهم، وأن يأكلوا عندما يكونوا جوعى فعلاً، إضافة إلى مساعدة المصاب على التخلص من عوامل نشوء الاضطراب واستمراره. (الخالدي، ٢٠٠٦)

ويجدر بنا أن ننوه إلى أن مرضى الشره العصبي يكونون أكثر ميلاً للاعتراف بعدم السواء في سلوك الأكل والبحث عن المساعدة من مرضى فقدان الشهية العصبي ممن يكون إنكارهم للمرض أحد العلامات المميزة لهم (الخالدي، ٢٠٠٦)، وتكشف المتابعات على المدى الطويل لعلاج ذوي فقدان الشهية العصبي عن استمرار الشذوذ في أنماط الأكل كما تكشف أيضاً عن معدلات إنتكاس مرتفعة؛ فكثيراً منهم لا يحققوا الشفاء التام ، كما أن فاقد الشهية الشرهين يسلكوا بشكل أسوأ قليلاً في العلاج من فاقد الشهية التقيديين كما ذكر كاسبر ورفاقه Casper et al 1980، على الرغم من أنه دائماً ما يكون لمرضى فقدان الشهية تاريخ جيد قبل الإصابة بالمرض، ومشكلات حادة نسبياً. وقد جذبت صعوباتهم جهود المعالجين من مدارس علاجية مختلفة ولكنهم برهنوا على مقاومتهم للتغيير بقدر مثير للدهشة، وفي حالة الشفاء التام ووصول المصاب الى مأل جيد فإن العوامل المؤدية لذلك تميل لأن تكون عوامل عامة لا تخص طبيعة الاضطراب، أو نوع العلاج؛ من ذلك شخصية المريض قبل بداية المرض وعلاقات أسرية جيدة. (فرج، ٢٠٠٠)

وبصفة عامة فإن الإدارة العلاجية لاضطرابات الأكل لها عدة أوجه صُنفت على النحو التالي:

العلاج الدوائي:

لمداواة اضطرابات الأكل تستخدم مضادات الإكتئاب، كما قد تعطى عقاقير علاجية تساعد المصاب على إستعادة وزنه الطبيعي، وتنظيم سلوكه تجاه الأكل مثل محفزات الشهية وقامعات الشهية، وأخرى تساهم في التخلص من الأعراض الجسدية الجانبية التي سببتها تلك الاضطرابات. بعض الأطباء مثل لابوكاري Laboucarie 1966 أستخدم الصدمات الكهربائية وتمكن من علاج ٩١ حالة من أصل ١٦٦ حالة كانت تعاني من فقدان الشهية العصبي. (الزراد ، ٢٠٠٠)

وبصفة عامة؛ العلاج الدوائي غالباً ما يكون غير فعال لأنه يتعامل مع الأعراض فقط وتقتصر قيمته العلاجية على إستخدامه كمكمل علاجي، وتوحي الاستجابة لمضادات الإكتئاب بوجود اضطراب مزاجي مرافق فقط ؛ فما زالت آثار العلاج الدوائي هامشية، وإن كانت تفيد في بعض الحالات، وميزته الوحيدة هي السرعة في تعديل السلوك المضطرب تجاه الأكل. (عبدالرحمن، ٢٠٠٩)

العلاج النفسي

المرضى الذين لديهم اضطرابات في الأكل عادة ما يذهبون إلى الطبيب ولديهم مشكلات جسدية متعلقة بهذا الاضطراب (مثل إعتلال وظائف الأمعاء ، عدم الإلتزان الأليكتروليتي، اضطراب وظائف الغدد الصماء) (رضوان، ٢٠٠٤)، لكن عدد كبير من الباحثين في هذا المجال إتفقوا على أن علاج الأعراض العضوية دون التخلص من مسبباتها النفسية يضع العربية أمام الحصان (about.com) لذا؛ على الأطباء مراعاة الحرص والدقة أثناء التشخيص وإطلاع المصاب على حقيقة حالته ومن ثم إحالته لمعالج نفسي. و فيما يلي إستعراض مبسط لأهم أساليب العلاج النفسي التي أستخدمت في علاج اضطرابات الأكل:

- **العلاج بالتحليل النفسي:** يهدف إلى تخليص الفرد من الصراعات اللاشعورية التي أدت إلى نشوء الاضطراب.
- **العلاج المعرفي:** يهتم بتصحيح بعض الأفكار اللاعقلانية الخاطئة لدى المريض بخصوص تقديره لذاته وصورته الجسدية.
- **العلاج السلوكي:** يركز على التخلص من السلوك المضطرب دون البحث في الأسباب عن طريق مبادئ الإشراف التقليدي.
- **العلاج السلوكي المعرفي:** يتمثل في خفض التفكير السلبي كمكون معرفي والتعبير عن ذلك سلوكياً كمكون سلوكي.
- **العلاج المتمركز حول العميل:** يساعد المريض على إكتشاف مكامن القوة في شخصيته وتحقيق ذاته وإيجاد الحل المناسب لمشكلته بنفسه.
- **العلاج النفسي البين شخصي:** ينسب للمحلل النفسي الشهير سوليفان ويهتم بإصلاح الخلل في العلاقات الاجتماعية بين المصاب والأشخاص المقربين منه وإكتساب المهارات الاجتماعية.
- **العلاج الأسري:** علاج الأسرة كوحدة متكاملة بالتالي تكون مصدر قيم في علاج المصاب.
- **العلاج الجماعي:** يعتمد على مقابلة مجموعة صغيرة من الأفراد للحصول على مساندة متبادلة فيما يتعلق بمشكلة مشتركة بينهم مما يشعر الفرد براحة لا يستطيع المعالج توفيرها في الحالات الفردية.

(الزراد ، ٢٠٠٠ ، شقير، ٢٠٠٢ ؛ محمد، ٢٠٠٤ ؛ Nichols, 2004 ؛ عبد الرحمن، ٢٠٠٩)

وقد برهن العلاج السلوكي المعرفي فاعليته في هذا المجال مقارنة بالأساليب الأخرى (Carson et al , 2002) إلا أن العلاج الذي يجمع بين العلاج السلوكي المعرفي والعلاج الدوائي أفضل من إستخدام العلاج الدوائي وحده، وربما أفضل من العلاج المعرفي السلوكي وحده (الناصر، ٢٠٠٢). بصفة عامة؛ يُفضل إقحام العلاج المعرفي مع أي طريقة علاجية ولو في بعض وسائله؛ لأن اضطرابات الأكل ما هي إلا أساليب غير تكيفية لمواجهة الصراعات العاطفية، وهذا العلاج يهدف إلى حل الصراعات الضمنية ومساعدة المرضى على تطوير أساليب أكثر بناءية لمواجهة تحديات النمو، وتسليح المصاب بمهارات أكثر فعالية في مواجهة ضغوط الحياة اليومية. (عبدالرحمن، ٢٠٠٩)

وقد أثبت فايربون ورفاقه Fairburn et al 1995 أن العلاج السلوكي المعرفي أكثر فعالية من العلاجات النفسية البديلة فيما عدا العلاج النفسي البين شخصي Interpersonal Psychotherapy الذي يركز على الأداء الاجتماعي الراهن لدى المريض والصراعات البين شخصية وتحول الدور (مثلاً ترك المراهق للمنزل بغرض العمل أو الالتحاق بالجامعة) ولكن النجاح الذي يحققه العلاج النفسي البين شخصي لا يرقى إلى مستوى النجاح الذي يحققه العلاج السلوكي المعرفي وخاصة بعد العلاج مباشرة ولكنه يحقق تحسن أفضل على المدى البعيد ولقد وُجد أن لكليهما آثار متكافئة خلال عام ونصف من المتابعة البعيدة (الناصر، ٢٠٠٢)

كما تجدر الإشارة إلى فاعلية العلاج الأسري في هذا المجال حيث يهدف إلى التركيز على الجانب البيئي الاجتماعي المتسبب في حدوث الاضطراب؛ عن طريق تغيير أنماط السلوك الأسري التي تتبع مع هؤلاء المرضى وتغيير بعض المعتقدات الخاطئة داخل الأسرة فيما يتعلق بنظام تناول الطعام وغيرها، وتدعيم عوامل الألفة والمودة والثقة بين أفراد أسرة المصاب. كما يسعى هذا النوع من العلاج إلى تحقيق قدر من التسامح وعدم الصرامة في المعاملة الوالدية والرعاية والاهتمام بالمصاب، وتحقيق قدر من التكامل والتعايش الأسري السوي بعيداً عن التفكك والانفصال أو الشجار. يقول باكرويد Buckroyd 2002 بأنه لاشك أن العلاج الأسري سوف يأتي بأفضل النتائج إذا كان أحد الأساليب في خطة علاجية متكاملة تراعي جميع جوانب المشكلة، وفي دراسة لراسل ورفاقه Russel et al 1987 قارن فيها بين العلاج الأسري والعلاج النفسي التدعيمي (علاج نفسي يمارسه الطبيب العام ببناء علاقة مع المصاب تهدف إلى تشجيع المريض وتقوية إرادته) لمرضى فقدان الشهية العصبي وبعد عام من العلاج كان العائد من العلاج الأسري يفوق العائد من العلاج الفردي وخاصة على المرضى حديثي السن. (Nichols, 2004 ؛ الفايز، ٢٠٠٧ ؛ عبدالرحمن، ٢٠٠٩)

إن التحدي الحقيقي في مجال علاج أي اضطراب في العادات مثل اضطرابات الأكل ليس مجرد تغيير السلوك ولكن استمرارية هذا التغيير على المدى البعيد، ومن المعترف به الآن على نطاق واسع أن التغيير السلوكي دائماً ما يستمر لفترات قصيرة وأن على أساليب العلاج الحديثة أن تكون واقعية في تقبلها لهذا الأمر (فرج ، ٢٠٠٠)؛ فالنجاح المطلق يعتمد على ما إذا كان المريض قادر على التغيير وهذا ليس مفترض دائماً. (Carson & Butcher, 2002)

ثانياً: الطبع الفموي

لتحديد الإطار النظري لمفهوم الطبع الفموي بطريقة شمولية واضحة سيتم التعريف بمفهوم الطبع أولاً، ونظراً لترابط المفاهيم الفرويدية فلا يسعنا التعريف بمفهوم الطبع الفموي قبل تقديم إطلالة عامة على نظرية فرويد، ومن ثم تقديم عرض مفصل للمرحلة الفموية كمرحلة من مراحل النمو النفس جنسي يتكون خلالها الطبع الفموي والوصول منه إلى ماهية الطبع الفموي ثم إستعراض مجموعة من الدراسات التي أثبتت صدق هذا المفهوم. وأخيراً التطرق إلى إضافات المحللون النفسيون إليه ومنها تحديد سمات الطبع الفموي.

• الطبع تكوينه ومكوناته

أُشتقت كلمة طبع (خُلُق) من اليونانية وتعني علامة، أو صورة محفورة، أو بصمة مميزة، ويمثل الطبع الركائز الأساسية (العناصر الثابتة) التي تتكون منها الشخصية ويمكن من خلالها تمييز شخصية عن الأخرى. وقد مر علم الطباع بتطورات تاريخية بدأت من تصنيف أبقراط للأمزجة وفقاً لنظرية الأخلاط مروراً بأنماط الشخصية التي أقترحها بعض المنظرين في التحليل النفسي مثل فرويد و فروم ووصولاً إلى المدرسة الفرنسية الهولندية لإنماط الشخصية (أدلبي، ٢٠٠٤).

يعتبر الطبع من منظور التحليل النفسي نمط من العصاب؛ لا يتمثل فيه الصراع الدفاعي بتكوين أعراض قابلة للعزل بشكل واضح بل يتمثل بسمات وأساليب من السلوك، وحتى تنظيم مَرَضِي لمجمل الشخصية. ويُعرَف " كإسقاط للعلاقات بين مختلف الأنظمة والعلاقات داخل هذه الأنظمة على نظام الأنا " بمعنى؛ أنه يكشف لنا عن مدى سيادة أحد أركان الشخصية على الأنا (إما الهو، أو الأنا الأعلى)؛ حيث يتجلى التنظيم المرضي للشخصية من خلال نمط الطبع، ويبدو الطبع بدوره وكأنه تكوين دفاعي أساسي من السمات مكرس لحماية الشخصية من التفكك، كما تبدو أي من هذه السمات وكأنها إستعداد وراثي (جبلي) إلا أنها مكتسبة بطبيعتها. (حجازي، ٢٠٠٢ : ٣٩٩)

والتحليل النفسي يَرُدُّ مختلف أنماط الطباع إما إلى إستعدادات وراثية تفاعلت مع البيئة (فيكون لدينا طبعاً نرجسياً، أو وسواسياً... إلخ) وإما إلى مختلف مراحل النمو والتطور الليبيدي (فيكون لدينا طبعاً فموياً، شرجياً، أو أوديبياً، أو تناسلياً) والتي يمكن تصنيفها ضمن أحد التعارضين الكبيرين إما الطبع التناسلي (السوي) أو الطبع ما قبل التناسلي (العصابي). (حجازي، ٢٠٠٢) وهذا البحث يعني بأحد الطباع التي أقترحها فرويد مؤسس التحليل النفسي وهو الطبع العصابي الفموي. وقد عرَف فرويد الطبع عام 1939 عن طريق ثلاث من محدداته:

- ١- سمات الطبع: وتتعلق بمستوى نمو الشخصية وتتحدد بمرحلة معينة يكون لها السيطرة العظمى على السلوك (فموية، شرجية، أوديبية).
- ٢- الطبع هو ناتج مختلف الأوجه الدفاعية للأنا: فالطبع يجب أن يساعد على تخفيف التقلبات العاطفية وتأمين هوية الفرد بتحريك آليات الدفاع المختلفة والسلوكيات التوافقية.
- ٣- يتحدد الطبع بأنماط تنظيم العلاقات مع الآخرين. (شاهين، ١٩٨٢)

ويذهب فرويد إلى وصف الطبع بأنه تجمع من السمات المترابطة توجد بشكل باثولوجي وتكون حالة غير عادية في الشخصية. قد توجد هذه السمات متفرقة لدى الأسوياء من الناس، أو حتى مجتمعة (كلها أو بعضاً منها) ولكنها ليست عوامل بارزة في الشخصية، لكنها إن وجدت مجتمعة وأصبحت جزء لا يتجزأ من نمط الحياة وإن كانت هذه السمات هي المحددات الأساسية لسلوك الفرد عندئذ نسميها (طبع) (عبدالرحمن، ٢٠٠٦)

ومن هنا نجد أن الطبع عبارة عن مجموعه (أو إطار معين) من السمات المترابطة (عبدالرحمن، ٢٠٠١)، والسمة تعرف بأنها نزوع ايجابي لدى الشخص للاستجابة بطريقة معينة نحو نوع معين من المؤثرات، وتعرف كذلك بأنها الصفات الجسدية والعقلية والانفعالية والاجتماعية الفطرية أو المكتسبة التي تميز الفرد بنوع معين من السلوك. والشخصية تتألف من العديد من السمات تمثل كل سمة منها مجموعة من المظاهر السلوكية (عبدالله، ٢٠٠٧). تتعدد أنواع السمات تعدداً غير قليل فهناك سمات يشترك فيها أفراد المجتمع الواحد وتشيع بينهم بدرجات متفاوتة وهناك سمات خاصة تميز كل فرد منهم عن الآخر، كما أن هناك سمات أحادية القطب وتمثل بخط متصل يمتد من الصفر حتى درجة كبيرة مثل سمة الطول والوزن والقدرات، أما السمات ثنائية القطب فتتمدد من بعد إلى بعد آخر مقابل خلال نقطة الصفر ومعظم سمات الشخصية من مثل هذا النوع مثل : الذكاء والغباء ، والسيطرة والخنوع ، والتفاؤل والتشاؤم. الفروق بين الأفراد في الدرجات بالنسبة لسمة معينة هي فروق في الدرجة أكثر منها فروق في النوع؛ فتنظيم السمات ليس أمراً متعلقاً بقاعدة (الكل أو لا شيء) ولكن السمة تنتزع درجاتها من طرف المتصل إلى الطرف الآخر. ومعظم السمات قابلة للتدرج ولمختلف الأفراد درجات متباينة عليها (الأنصاري، ١٩٩٨)

• إطالة على نظرية فرويد :

السلوك الإنساني في إعتقاد فرويد بحاجة إلى طاقة تحركه ومصدر هذه الطاقة هي الغرائز، ويرى فرويد أن الإنسان يولد ككائن بيولوجي مزود بنوعين من الغرائز هما غرائز الحياة (الأيروس) المتمثلة بالدوافع الجنسية وتشتمل على دوافع الجوع والعطش، وغرائز الموت (الثانتوس) المتمثلة بالدوافع العدوانية، وأعتبر أن هذه الغرائز البيولوجية تعد بمثابة المحركات الأساسية للسلوك (أبو غزال، ٢٠٠٦). وقد سمى الطاقة النفسية الجنسية الناتجة عن غرائز الحياة (بـ اللبيدو) وأعطاه أهمية بالغة، ويشير هذا المصطلح في أصله اللاتيني إلى الرغبة أو الشهوة وقد أستعاره فرويد من مول. (طه ورفاقه، ١٩٨٩)

إن نظام الطاقة الفرويدي نظام مغلق لا يمكن أن تضاف إلى الجسد فيه طاقة خارجية ولا يمكن للطاقة الموجودة أن تخرج أو تُستنفذ بشكل كامل. ولدى كل شخص منا كمية ثابتة من الطاقة النفسية موظفة ومكرسة لأشكال السلوك المختلفة (عبد الله، ٢٠٠٠)؛ فهناك عملية تعرف بإسم توظيف أو استغلال الطاقة اللبيدية بمعنى تركيزها على شيء أو شخص ما أو ارتباطها بجزء من الجسد (نرجسية) أو بموضوع ما (غيرية) (عبدالرحمن، ٢٠٠١) وهذه العملية تعتبر عملية لاشعورية (شاهين، ١٩٩٧)

ونظام الطاقة لدى فرويد يعمل وفق المبادئ التالية:

- **مبدأ الثبات:** يعني ميل الجسد العضوي إلى خفض التوتر والحفاظ على أدنى مستوى ممكن من الطاقة وقد أخذ فرويد هذا المبدأ عن فيخنر ولم يتخل عنه أبداً.
- **مبدأ اللذة:** ناتج عن مبدأ الثبات ويقضي بأن كل تصرف منشأه حالة توتر مُتعبة و الجسد يميل إلى بلوغ خفض هذا التوتر مع توليد لذة.
- **مبدأ الواقعية:** يتعلم الفرد باكتسابه أن يتخلى عن اللذة المباشرة لصالح لذة ستأتي لكنها أضمن، وأكبر، وأعم، وتتوافق مع ظروف العالم الخارجي. (زيعور، ١٩٧١)

والتنظيم الذي حدده فرويد يعمل في إطار ثلاث مستويات للشعور (الوعي) يمكن الإشارة إليها بصورة مبسطة كالتالي:

- **اللاشعور:** عمليات عقلية مكبوتة ليست في متناول وعي وإدراك الفرد لما يتركه الإعراف بها من قلق وتهديد للشخصية. وتمثلها الأفكار والمشاعر والرغبات والنزعات الجنسية والعدوانية التي يرفضها المجتمع ولا تتسجم مع جوانب أخرى من الشخصية وتهدد وحدتها. (أبو غزال، ٢٠٠٦)
- **الشعور:** هو عبارة عن حالة الوعي المتصلة بالعالم الخارجي وكذلك الداخلي في اللحظة الحاضرة ويمثل الجزء السطحي من أجزاء الجهاز النفسي. (الزيود، ١٩٩٨)
- **ما قبل الشعور:** العمليات التي تأتي قبل الشعور ومن الممكن جعلها شعورية بقليل من الجهد (أبو غزال، ٢٠٠٦)

وللشخصية ثلاث مكونات لكل منها وظيفة حددها فرويد كالتالي:

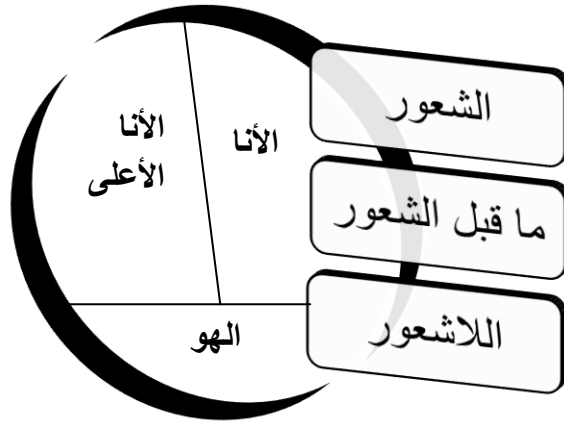
- **الهُو:** اصطلاح الهو وضعه فرويد ليشير إلى مجمل الدوافع البيولوجية عند الفرد وإلى حاجاته التي تسعى إلى اللذة، ومن ثم فإن الجوع والعطش و الراحة و الابتعاد عن الألم... إلخ تعتبر كلها من حاجات الهو؛ بمعنى أن الهو منبع الطاقة البيولوجية والنفسية التي يولد الفرد مزوداً بها، ويرى أنه يمثل طبيعة الإنسان الحيوانية قبل أن يتناولها المجتمع بالتحوير والتهذيب؛ فنجد الهو يدفع الفرد إلى إشباع الرغبات الغريزية عاجلاً وبكل صورة وبأي ثمن. والهو مكون موجود منذ بدء التكوين ويعمل في نطاق اللاشعور وفقاً لمبدأ اللذة. (Papalia & Wendkos, 1978 ؛ قناوي و عبدالمعطي، ٢٠٠١)
- **الأنا:** تتطور من خلال محاولات السيطرة على بواعث الهو (Waston, 1978) لجعلها متوافقة مع متطلبات وظروف الواقع؛ فالطفل الصغير يتعلم عن طريق صلته بوالديه وخبراته الحسية أنه لا يستطيع أن يظفر بما يريد متى ما أراد. وان هناك ضروباً من السلوك تجلب له السرور وأخرى تجلب له الألم، كما يدرك أنه لا يمكن إرضاء جميع رغباته فوراً، وأن بعض الرغبات لا تتوافق مع ظروف البيئة الخارجية، وقد تجلب له المتاعب؛ بالتالي يتعلم الطفل الانتظار والصبر من أجل إشباع الرغبات بصورة تتوافق مع ظروف الواقع؛ أي أن الأنا تُشتق من الهو بعد إحتكاكها مع العالم الخارجي ونتيجة رضوخها لمتطلباته، وتعمل وفقاً لمبدأ الواقع، ويكون جزء منها شعوري وهو الجزء المتصل بالبيئة التي يتم إدراكها بالحواس والجزء اللاشعوري يشرف على

غرائز الهو فيحاول أن يكبح جماح رغباته ودوافعه التي لا يتأتى لها الإشباع ويظل يقاومها حتى يضطر (الهو) إلى التنازل عن رغباته فيتم كبت هذه الرغبات والدوافع في أعماق اللاشعور (Papalia & Wendkos, 1978 ؛ قناوي و عبدالمعطي، ٢٠٠١).

يعتبر فرويد الأنا مديراً للشخصية فهو متخذ القرار والمفاوض الدبلوماسي المحنك الذي يحاول التوصل إلى الحلول الوسطى التي ترضي جميع الأطراف (الهو والمجتمع) فيشبع رغبات الهو دون أية مصادمات مع المجتمع وقيمه. (أبو غزال، ٢٠٠٦)

- **الأنا الأعلى:** هو مكون الشخصية الذي يمثل القيم المستحسنة والمعايير الاجتماعية التي تشرّبها الطفل من الوالدين والأشخاص المهمين في حياته ويتطور في عمر ٥ أو ٦ سنوات. ويصبح الضمير الذي يهدف إلى التأثير على السلوك من أجل التمشي مع توقعات المجتمع. يعتقد فرويد أن الأنا الأعلى يتكون من جزأين هما (الضمير) ويتضمن ما لا يجب أي الممنوعات التي كنا نعاقب عليها في الماضي و(الذات المثالية) والتي تمثل المرغوبات والقيم الاجتماعية التي تعلمناها في طفولتنا. و الأنا الأعلى يعمل وفق مبدأ الواقع ويكون جزء منه شعوري حيث أننا ندرك المعايير الأخلاقية التي ينبغي أن نكون عليها وجزء منه لا شعوري حيث أن هذه المعايير قد تؤثر فينا دون أن ندرك ذلك. (أبوغزال، ٢٠٠٦) والشكل التالي يمثل علاقة مكونات الشخصية بمستويات الشعور:

شكل (٣): علاقة مكونات الشخصية بمستويات الشعور



وبناء على الاصطلاحات الفرويدية المستعملة في كتاب (ثلاث مساهمات في نظرية الجنس) يدل التوجه الجنسي للنمو النفسي على تخليص سلوك الفرد من قبضة مبدأ اللذة ومطابقته مع متطلبات و أوامر مبدأ الواقع، وينتهي المسار إلى تنظيم غريزة الجنس وكذا إلى تنظيم محدد للشخصية. (غريب، ٢٠٠٥)

في نظريته النمائية لتكوين الشخصية (النفس جنسية) يعتقد فرويد أن الطفل يمر عبر سلسلة من المراحل خلال السنوات الخمس الأولى، تنتقل خلالها الطاقة الجنسية (اللبيدو) من منطقة إلى أخرى في الجسد تتركز فيها الرغبة الجنسية (المناطق الشبقية).

تحدد كل مرحلة من النمو خلال السنوات الخمس الأولى من حيث أساليب الاستجابة من جانب المناطق الشبكية. خلال المرحلة الأولى التي تستمر إلى ما بعد العام الأول يشكل الفم بؤرة الطاقة اللبيدية ويحقق الطفل لذة جنسية من خلال الرضاعة، يلي المرحلة الفموية تطور وظائف الإخراج فيحقق الطفل اللذة من خلال إحتباس أو طرد الغائط ويطلق على ذلك إصطلاح المرحلة الشرجية. يتبعها المرحلة الأوديبيية حيث تمثل الأعضاء الجنسية المنطقة الشبكية الأساسية. ويطلق على هذه المراحل الثلاث (الفموية، والشرجية، والأوديبيية) المراحل قبل التناسلية ويرى فرويد أن لها دور حاسم في تكوين الشخصية.

يليهامدة تستمر حتى ست سنوات أو أكثر فترة كمون وهدوء وإستقرار للطاقة الجنسية النفسية (اللبيدو) هذه الفترة لا تمثل مرحلة نمو فعلي ولا توجد منطقة شبكية مرتبطة بها. عند بداية المراهقة تنبعث الطاقة من جديد وتأخذ اللذة شكلها التام وتلعب دوراً أساسياً في توظيف اللبيدو نحو شخص من الجنس المغاير؛ فالدافع الجنسي في المراحل الأولى كان نرجسياً وفي هذه المرحلة يعاد توجيهه للبحث عن الإشباع عن طريق التفاعل الحقيقي مع الآخرين. (فرج ورفاقه، ١٩٧١ ؛ عبدالرحمن، ٢٠٠١)

في كل مرحلة من مراحل النمو النفس جنسي تكون الطاقة اللبيدية عند الفرد موظفة باتجاه منطقة حساسة تبدو هي السائدة هذه الفترة، والتطور باتجاه المرحلة التالية يتم بحيث تتحرر الطاقة الجنسية (اللبيدو) من منطقة الإثارة السابقة وتوظف في منطقة إثارة جنسية خاصة بالمرحلة التالية وهذا ضروري لأن كل فرد يملك كمية ثابتة من الطاقة. إن القدرة على نقل اللبيدو من منطقة إلى أخرى والارتقاء من مرحلة نمائية إلى أخرى يعتمد على نجاح الفرد في حل الصراع المرتبط بكل مرحلة نفسية جنسية، والصراع دائماً ما يكون بين التعبير الحر عن الرغبات البيولوجية الناشئة عن الغريزة الجنسية و تقييدات المجتمع والوالدين. ربما يواجه الفرد صعوبة عند الانتقال من مرحلة والدخول إلى أخرى؛ وذلك لسببين: الإحباط، والتدليل الزائد أو الإفراط في التساهل، وسواء لم يتم إشباع الحاجات المرتبطة بمرحلة نمو جنسية ما (إحباط) أو تم إشباعها بصورة مفرطة (تدليل زائد) فإن الفرد يقاوم خروجه من هذه المرحلة وتكون للدوافع الغريزية قيمة أعلى تعوق النمو ويبقى جزء من اللبيدو متركزاً في نفس المنطقة ويسمى فرويد هذه الظاهرة بـ (التثبيت)؛ ونتيجة لذلك ينمو الفرد باتجاه شخصية راشد ذو (طبع) يعكس أشكال الصراع السابق الذي لم يحل أو تم حله بصورة ضعيفة، وتبقى آثار الطرق السابقة للإشباع ظاهرة في السلوك لاحقاً سواء بصورة مباشرة أو غير مباشرة. (عبد الله، ٢٠٠٠)

التثبيت كما يعرفه عبد القادر هو: توقف النزعة الغريزية وتعطلها عند مرحلة مبكرة من مراحل النمو وبهذا تتخلف بعض المكونات تخلفاً دائماً عند أحد الأطوار الأولى للنمو بينما تسير المكونات الأخرى في تطورها الطبيعي؛ وبذا يقتزن تطور النمو العام بقدر ما من التعطل مما يقلل فيما بعد من مقدار اللبيدو المهياً للتوافق مع الواقع (طه ورفاقه، ١٩٨٩)، و يتم التعبير عنه بسلوكيات غير ناضجة تتكرر بطريقة عصبية وتتداخل مع تصرفات عادية تعبر عن نضج عادي في بعض الجوانب الأخرى، وهذا يقتضي أن خبرات الطفولة أثناء هذه المراحل تحدد بعض صفات الشخصية في الرشد. (Papalia & Wendkos, 1978)

حدد فرويد ثلاثة أنماط من الشخصية العصابية ذات طبع معين يقوم على تثبيت الطاقة الجنسية (اللبيدو) عند مرحلة معينة من مراحل النمو فالطبع الفموي يتميز بالاتجاهات السلبية الاعتمادية ويواصل الفرد البحث عن الدعم والسند من الآخرين. والطبع الشرجي يتسم بالترتيب والنظام والبخل والعناد، أما الطبع الأوديبي فيتسم بالتهور والنرجسية والغرور والأنانية (غنيم، ١٩٨٤)، وتوجد هذه السمات وتجمعاتها لدى الأسوياء من الناس ولكنها ليست عوامل بارزة في الشخصية ولا تمثل المحددات الأساسية للسلوك ولا تعتبر أسلوب حياة للشخص. ولا تعبر عن اضطراب في الشخصية. (عبدالرحمن، ٢٠٠١)

هناك آلية أخرى مرتبطة بالتثبيت وهي **النكوص**؛ فعندما يقابل الشخص العديد من العوائق ولا يستطيع حلها بالطرق العادية فإنه يشعر بالإحباط ويرتد للمنطقة المهجورة والتي ترك فيها جزء من اللبيدو (أحمد، ٢٠٠٣)؛ أي أن التثبيتات السابقة تحدد طريق النكوص عادة؛ فنجد الشخص يميل للنكوص إلى مرحلة سبق أن ثبت عليها فمواقف الحياة الصعبة تغري اللبيدو على العودة إلى مناطق التثبيت المهجورة (فرج ورفاقه، ١٩٧١)، ويتحدد الميل للنكوص في ضوء كل من قوة التثبيت في الطفولة وحجم الإحباط الراهن؛ فلو كان لدينا تثبيت فموي قوي، فقد يكون من الإحباط النسبي في الحياة الحاضرة سبباً كافياً للنكوص إلى مرحلة سابقة، كما أن إحباطاً قوياً سائداً قد يسبب النكوص إلى مرحلة نمائية حتى ولو لم يكن التثبيت فيها قوياً بدرجة كافية. (سليم، ٢٠٠٢)

التثبيت والنكوص يكونان عادة ظروفاً نسبية والشخص يندر أن يثبت أو ينكص كلية و إنما تتضمن شخصيته السمات الطفولية أي الأشكال غير الناضجة من السلوك إضافة إلى السلوكيات الطبيعية (فرج ورفاقه، ١٩٧١).

وينظر فرويد للعصاب على أنه نتيجة لنمو نفس جنسي غير كامل أو غير صحيح فالفرد يواصل نموه الجسدي متجاوزاً مرحلة تلو الأخرى ولكن مع ترسبات كثيرة ومثل هؤلاء الأشخاص يكونون رهينة لماضيهم ويستجيبون للضغوط انفعالياً بطرق غير ناضجة (الدليم، ١٩٩٠)، وبالنظر إلى دلالات السلوكيات الطفولية لدى المرضى النفسيين يمكن التعرف على نقاط التثبيت الحاسمة في حياتهم فنجد أن نقطة التثبيت الحاسمة في الفصام تقع في المرحلة الفموية المبكرة، بينما تقع في المرحلة الفموية المتأخرة في حالة الإكتئاب والهوس والذهان، ويلعب التثبيت في المرحلة الشرجية دوراً هاماً في حالة الوسواس القهري، بينما تقع نقطة التثبيت في حالة الرهاب بين المرحلتين الشرجية و الاوديبيية، وهذه الأخيرة يؤدي التثبيت فيها إلى الهستيريا (طه ورفاقه، ١٩٨٩)

لقد لقيت نظرية فرويد نقداً لاذعاً وهجوماً عنيفاً لا يشابهها فيه إلا ما واجهته نظرية دارون، والتحليل النفسي ليس مذهباً مرغوباً فيه لأنه على ما يبدو يجبرنا على النظر بعناية في بعض جوانب شخصيتنا التي نود تجاهلها (الدليم، ١٩٩٠)، وليس ثمة جزء في نظريته أكثر مثاراً للجدل من مفهوم النمو النفس جنسي. فعلى الرغم من أن كل فرد منا يعتقد بأن خبرات الطفولة تعتبر ذات أهمية حيوية في نمو الشخصية؛ فإن كثيراً من المحللين النفسيين الجدد آثروا اعتراضات حول التأكيد القاطع الذي أعطاه فرويد للدوافع الجنسية، فقد نظر إلى مراحل النمو النفس جنسي باعتبارها إنعكاسات لقانون بيولوجي عام، وأعطى القليل من الإهتمام للطريقة التي

قد تسهم بها العوامل الاجتماعية والثقافية في كل مرحلة (غنيم، ١٩٨٤)، كما أنه يفسر بأسباب ميكانيكية وآلية كل الحوادث، ويؤكد على الحتمية البيولوجية و المحددات الغريزية للسلوك الإنساني بشكل يهمل دور الإرادة الإنسانية والوعي فيلج على السببية وينسى الإختيار، إضافة إلى أنه بنى نظريته على ملاحظات طبيعية من مرضاه؛ أي أنه أعتد على الشذوذات والانحرافات والنشازات وهذه مهما كانت كثرتها فإنها لا تمثل الوجود الإنساني بكامله واتساعه وغناه. (زيعور، ١٩٧١)

من ناحية إيجابية؛ نجد أن نظريته أغنت علم النفس وأعطت تفسيرات منطقية لبعض الظواهر التي كان من المتعذر تفسيرها من قبل كالانحرافات الجنسية والنشاط الجنسي الطفولي والسلوكيات الطفلية للراشدين (الدليم، ١٩٩٠)، كما أنها أثرت تأثيراً هائلاً على الفكر السيكولوجي، وبخاصة علم النفس الاكلينيكي حيث نُظر إلى العديد من صور الأمراض النفسية على أنها اضطرابات في النمو، إضافة إلى أنها أثارت العديد من الدراسات العلمية في مجال الفطام وتدرجات الإخراج في الثقافات المختلفة (غنيم، ١٩٨٤)، ويقول فريدمان وشوستاك (Friedman & Schustack, 2003) مدافعان عن فرويد أنه حاول تفسير السلوك الجنسي للأطفال كما فسر الشذوذات الجنسية لدى الكبار وتصرف كعالم لا كمرشد أخلاقي أو قاضي.

تعقيب

تؤيد الباحثة رأي زيعور (١٩٧١) بأن كل ما يسميه فرويد بـ(جنسي) يمكن بكل بساطة أن نطلق عليه (شعور حسي سار أو جميل) فلا لزوم لهذه الشطحات والظنون بحيث نرى بعض السلوكيات بأنها نابعة من (نزعات جنسية) لدى الطفل. الجنس عند فرويد كلمة معناها أوسع مما هو شائع و يمتد فيشمل الحقل الكامل للوجدانيات. كما أن التعميم والمبالغة المفرطة في دور الجنس خطأ؛ إذ ليس تفسيراً علمياً هو ذلك التفسير الذي يرد كل الأمور إلى عامل عام واحد هو هنا اللبيدو؛ فالفرويدية مذهب وحيد التفسير يرى في شيء واحد ما يفسر كل شيء وهذا غير منطقي علمياً وغير موضوعي فمن المسلم به أن النفس البشرية لا تخضع لقانون واحد شامل عام يطبق على كل شيء وفي كل الحالات.

وترى الباحثة أن تفسير السلوك الإنساني في إطار المحددات البيولوجية والغرائز يُعد تفسير ضيق وغير كافٍ يهمل بقية العوامل في صياغة السلوك مثل العوامل الاجتماعية و الإرادة الذاتية والحكم العقلاني والوازع الديني كما أنه بالغ في تعميماته وإعطاءه الأولوية للجنس؛ فأنشطة بسيطة كمص الإصبع صار يُنظر لها على أساس الرغبة الجنسية بناء على رؤيا فرويد.

وتعتقد بأن فرويد - بالرغم من ذلك - قدم أعمق تحليل عرفه التاريخ للإنسان، وبأسلوب تجريدي مبدع وأصيل. إن فهم فرويد للطبيعة الإنسانية في المقام الأول يعتبر فهماً فلسفياً وقد أثار الكثير من المناقشات والاختلافات الفكرية ولا زال، لكن الملاحظ للسلوك الإنساني لا يملك إلا أن يُفتن بدقة وصف فرويد ونظرته المنقردة، وتأمل الباحثة أن تخضع فرضيات فرويد الصادقة منطقياً للكثير من الفحوص الامبريقية والدراسات العلمية لتبقى ذات قيمة معرفية تحقق متطلبات العلم في الحاضر والمستقبل.

• المرحلة الفموية و خبرة الرضاعة والفظام

لا تتم ملاحظة الأم من قبل الطفل الرضيع كشخص محدد في إطار مؤهلاتها وقدراتها ولكن في إطار دورها؛ حيث يكتسب منها الطفل خبرات ومشاعر مختلفة قد تكون هذه الخبرات عبارة عن التغييرات الجسدية الأساسية مثل الشعور بالآم الجوع وحتى الشعور بالشبع أو التغييرات العقلية مثل الخوف أو الأمن أو السعادة، فتكون بداية إندماج الطفل في العالم من خلال إستجابات الأم و إيماءاتها، ويستمر هذا الجانب من مرحلة الطفولة معنا طوال حياتنا ويبدو ظاهراً في سلوكيات محددة في علاقاتنا مع الآخرين ومع الأشياء. (العامري، ٢٠٠٦)

والتغذية عملية حيوية هامة بالنسبة للطفل في سنواته المبكرة نظراً لأنها تلبى حاجاته الإنسانية الأساسية، ولكونها نشاطاً من أجل البقاء، ولتكرارها مرات عديدة كل يوم، و لإرتباطها في ذهن الطفل بالأم وما يصاحبها من إنفعالات، وهي تجربة حسية وإجتماعية وعاطفية، ومصدر تعلم أيضاً، وهي مرتبطة إلى حد كبير بجوهر إحساس الطفل بالسعادة؛ فإذا دُرِبَ الطفل على هذه العملية تدريباً صحيحاً في الوقت المناسب وبالطريقة الإيجابية حق لنا أن نؤمن بأن الأساس الذي تقوم عليه الصحة النفسية والبدنية قد تم إرساؤه، وعلى العكس؛ فإن العادات السيئة وإعوجاج الشخصية الذي يظهر في مطلع المراهقة يكون وثيق الصلة بصعوبات ومشكلات التغذية في المرحلة المبكرة من العمر (عبد المعطي، ٢٠٠٣). هناك الكثير من مشكلات السلوك الناتجة عن خبرات الرضاعة، فهناك فرق بين الأثر الناتج عن إجابة الطفل إلى كل ما يطلبه من طعام وبأسرع وقت ممكن وإجابته إلى بعض ما يطلبه وبشيء من عدم الهلع في الإجابة، فقد يترتب على مثل هذه الأساليب سلوكيات يواجهها بها الطفل مثل: الإلحاح، والعنف، والتحايل، والخنوع، والتسليم (عبد الله، ٢٠٠٧)، وقد يتوقف على طرق مواجهة الطفل لمشكلات ومواقف الرضاعة تكوين جانب كبير من طابع الشخصية الذي يلاحظه الآباء، ويسميه ادلر بـ (أسلوب الحياة). (الجبالي، ٢٠٠٦)

كذلك مواقف الفظام لها مشكلاتها، ولها أزماتها عند الطفل ويجب مقابلة هذه الأزمات بأسلوب يحل المشكلة، ويمنع ظهور مشكلات أخرى في حياة الطفل. ولأجل أن تمر فترة الفظام بسلام ينبغي التمهيد لها من الأشهر الأولى بتمرين الطفل على تناول الطعام بالتدرج. (الجبالي، ٢٠٠٦)

هذا وتختلف الأمهات من حيث المهارة في مجابهة مواقف التغذية، بل وكذلك من حيث التقبل النفسي لدور الأمومة؛ ولذلك نستطيع أن نؤكد أن الأطفال الرضع كما يختلفون من حيث الغذاء الذي يحظون به من الأم، فهم يختلفون كذلك من حيث الخبرات الانفعالية التي تزودهم بها مواقف الرضاعة. هذه الخبرات تتوقف إلى حد كبير على مزاج الأم، ومدى إستقرارها الانفعالي، وعمق إقبالها على واجبات الأمومة (المليجي والمليجي، ١٩٧١)، فيجب أن لا نغفل عن أن الأمومة ليست دائماً حالة مرحب بها فعدد من الأمهات لا يرغبن بالحمل، والإنجاب، وتغيظهن القيود المفروضة عليهن برعاية الطفل. (Michell, 1980)

المرحلة الفموية في نظرية النمو النفس جنسي هي أولى مراحل التطور اللبدي وفيها يسود إرتباط اللذة الجنسية بإثارة الفجوة الفموية والشفتين التي تلازم تناول الغذاء، ويقدم النشاط الغذائي كما يراه فرويد وظيفتين مزدوجة، الأولى: في إشباع الجوع من ناحية بيولوجية، والثانية:

في الإشباع الغريزي من ناحية نفسية، و أستدل على ذلك بالإشباع الذي يقدمه مص الإبهام حيث تكتسب الوظيفة الغريزية إستقلالية عن الوظيفة البيولوجية. (حجازي، ٢٠٠٢)

فالطفل يبحث عن المتعة من خلال إشباع الدافع، ولدى الأطفال دافع فطري للرضاعة وهذا يُفسر لماذا يرضعوا بالفطرة أثناء النوم (Green& Piel, 2002). كما نلاحظ مص الإبهام وحركات الفم (Pervin, 1993)، ووضع الطفل لكل شيء في فمه خلال هذه الفترة (Waston, 1978)؛ فالمتعة الناتجة من المص، والأكل، والعض، والمضغ، والابتسام، وإصدار الأصوات أحياناً تمارس لذاتها كما هو ملاحظ؛ مما يدل على أنها تقدم للطفل إشباع ما أو تُرضي فيه رغبة ما. (Green& Piel, 2002)

تسمى المرحلة الفموية بمرحلة النرجسية لأن الأطفال فيها لا يهتموا إلا بما يُشبع رغباتهم ويُلبى احتياجاتهم (Papalia & Wendkos, 1978)، وفرويد مثل بياجيه هنا؛ أراد أن يوضح أن الطفل في الشهور الأولى من العمر يكون مرتبطاً بجسده، ويكون عالم الطفل لا شيء؛ بمعنى أنه ليس لديه مفهوم عن الأشخاص و الأشياء التي تتواجد حوله؛ أثناء الرضاعة مثلاً يشعر الطفل براحة إحتضان الأم له لكنه لا يتعرف على الأم كشخص مستقل. أحياناً يصف فرويد هذه الحالة اللاشعورية الأولية بأنها حالة (نرجسية)؛ ومصطلح النرجسية يعني حب الذات وهو مأخوذ من الأساطير اليونانية، بينما يسميها بياجيه بحالة (التمرکز حول الذات) (سليم، ٢٠٠٢)

في مقالته التي كتبها عام 1924 بعنوان (ملامح تاريخ نمو اللببدو استناداً إلى التحليل النفسي للاضطرابات النفسية) ميز كارل ابراهام مرحلتين ضمن المرحلة الفموية وهي: (حجازي، ٢٠٠٢)

- **المرحلة الفموية الإدماجية (الاستقبالية):** تحتل الأشهر الستة الأولى من الحياة. يكون المحور الرئيسي للتعامل مع العالم فيها هو الفم. والنمط السائد من السلوك هو النمط المبني على الإدماج بالمص، ولا تقتصر عملية الإدماج على المص فحسب بل تشاهد أيضاً في امتصاص أي شيء يقع في مجال الطفل الحسي. (الهو) يمثل التكوين النفسي الغالب على شخصية الطفل خلال هذه المرحلة ونلاحظ الشخصية تعمل وفق مبدأ اللذة.
- **المرحلة الفموية السادية:** تحتل النصف الثاني من المرحلة ويكون المحور الرئيسي في التعامل مع العالم الفم أيضاً. وأسلوب التعامل هو الإدماج التدميري بالأسنان لموضوع الحب. هذه السادية تجد ما يدعمها في التوترات الناشئة عن التسنين، وفي الإحباطات الناشئة عن الانفصال عن الأم، وفي الصراعات المتصلة بتحقيق الرضاعة دون عض. وتتميز هذه المرحلة بتناقض عاطفي بين حب الموضوع والرغبة في الاعتداء عليه؛ نتيجة الموقف الصراعى بين كونه مُلزم بالحصول على الطعام عن طريق الامتصاص من الثدي بدون عض وإلا عرضه ذلك للعقاب عن طريق سحب الثدي مثلاً وربما الضرب، و الرغبة القوية الفعالة في العض الناتجة عن ألم التسنين، ويؤكد فرويد على دور عدم إشباع سلوك العض في بقاء جزء من هذا السلوك في اللاشعور مؤدياً بذلك إلى اضطرابات في شخصية الطفل في المراحل اللاحقة من حياته، إذ يتحول هذا العض إلى عض معنوي يتمثل في سلوك السخرية من الآخرين وتوجيه النقد المستمر لهم. و يتطور (الأنا) ابتداءً من هذه المرحلة؛ فعندما تشبع الأم حاجات الطفل وتحديداً بالرضاعة

سوف يشعر بالسرور والمتعة ولكن الأم لا تستطيع دائماً إشباع حاجة الطفل مباشرة وبشكل فوري فيتأجل إشباع الحاجة ويتعلم الطفل الإنتظار، وأثناء ذلك يبدأ مبدأ الواقع في العمل وتنمو الأنا، لكن من الصعب ملاحظة تأثيرها على السلوك في هذه المرحلة إلا في القليل من المواقف فنلاحظ بداية مجردة لتحمل التأخير أثناء تحقيق الحاجات المطلوبة ويخفف الطفل من حدة بكاؤه باستمرار بسبب الجوع هذا الإحتمال والصبر يُعبر عن بدايات مجردة لتأكيد مبدأ (الواقع) لدى الطفل.

(Waston, 1978 ؛ قناوي و عبدالمعطي، ٢٠٠١ ؛ ابو غزال، ٢٠٠٦ ؛ الداھري، ٢٠٠٨)

وفي المرحلة الفموية يظهر مأزم خاص هو مأزم الفطام (شاهين، ١٩٨٠)؛ الذي يمثل أهم الدروس الأولى التي يتلقاها الطفل في الإذعان لمطالب المجتمع (عبدالرحمن، ٢٠٠١)، ويعتبر الصراع العصيب للمرحلة الفموية فكلما كان هناك صعوبة بالنسبة للطفل في ترك ثدي أمه أو الزجاجاة وما يرافقها من لذة المص، كلما زاد تثبيت اللببدو في هذه المرحلة (عبد الله، ٢٠٠٠) ففي كل مرة يرضع الطفل فيها يتم تعزيز سلوك الرضاعة عن طريق خفض دافع الجوع وإزالة الأمه، وتبعاً لقوانين التعلم المعروفة، ونتيجة لذلك: تصبح الرضاعة عادة قوية وثابتة وتنشأ لدى الطفل رغبة في عملية الرضاعة لذاتها: أي بشكل مستقل نسبياً عن رغبته في الحصول على الطعام، وزيادة على ذلك فإن الطفل يتعلم أن أمه جزء لا يتجزأ من هذا النشاط السار المشبع للذيد ذلك أن منظرها وصوتها ورائحتها وملمسها ترتبط عنده بهذه الدرجة العالية من الإشباع، وتتكون علاقة وجدانية قوية بين الطفل وأمّه، وتصبح الأم كذلك مرغوبة لذاتها. هذه الرغبة أو الحاجة إلى الأم تخلق صعوبات كبيرة في تدريب الطفل على الاستقلال أثناء الفطام؛ فعندما تحاول الأم أن تغير الطريقة التي يحصل بها الطفل على غذائه فإنها لا تحاول أن تحرّمه من ممارسة عادة قوية وثابتة فحسب؛ بل أنها تسبب له أيضاً اضطراب في العلاقة الوجدانية القوية التي يشعر بها تجاهها مما يزيد من قوة دافع الرضاعة لديه، وتبعاً لنظرية الإحباط فإنه كلما قوي الدافع الذي تحبط إستجابته كلما زادت شدة الإحباط، وإذا طبقنا هذا المبدأ على الدافع إلى الرضاعة يمكن أن نقول أنه كلما قوي الدافع للرضاعة كان اضطراب الطفل عند عملية الفطام أشد (إسماعيل و غالي، ١٩٨١)، وينبغي أن يدرك المربي أنه لا يصح أن يتم الفطام فجأة أو بطريقة قاسية كما لا يجب أن نمضي مع رغبة الطفل في الرضاعة فنؤخر الفطام عن موعده فكلما الحالتين تمثل إعاقة لسير النمو الطبيعي (المليجي والمليجي، ١٩٧١)؛ وكلما تأخرت عملية الفطام عن حد معين كلما كان الإحباط أشد، وهناك دراسة لوايتنج Whiting 1953 أثبتت أن العلاقة بين سن الفطام ومقدار الإحباط الذي يعانيه الطفل من جراء ذلك - إذا لم يتم الفطام بطريقة سليمة- علاقة مضطربة (إسماعيل و غالي، ١٩٨١)

فرويد يرى أن موقف الفطام يخلق صراع بين الهو والأنا. البعض يحل هذا الصراع بصورة سليمة وينتقل إلى إهتمامات أخرى والبعض الآخر يكون غير مستعد لحل هذا الصراع ويتثبت عند المرحلة الفموية، ويُعتقد بأنه سيظل مهتماً بقضايا الأمومة والعاطفة، ويتسم بالإعتماد والتعلق، ويميل للإنشغال الفموي بأي طريقة وتناول المواد الممتعة وربما الأفكار الممتعة (Friedman & Schustack, 2003) وهنا نجد أن فرويد ركز على أثر الرغبات الغريزية البيولوجية (الجنس) في هذه المرحلة كغيرها بينما قلل الفرويديون الجدد من أهميتها حتى همشوها وهذا هو الصحيح كما تعتقد الباحثة فقد كتب ستراب Strupp 1967 (أن النقطة

المركزية لتنظيم شخصية الطفل في هذه المرحلة هي ليست بالضرورة الفم وما يجلبه من لذة ولكنها العمليات الكاملة لعدم النضج والاعتمادية و الرغبة في الأمومة والتمتع بالحمل والإحتضان والدفع العاطفي المرافق للإتصال بالأم). (عبد الله، ٢٠٠٠)

• الطبع الفموي

أشار فرويد في نظريته النمائية إلى أن أنماط الطبع (الخُلُق) المحددة تنتج من الطاقة الجنسية (اللبيدو) المثبتة في مرحلة من مراحل النمو النفس جنسي، وبَيِّن أن تلك الدوافع أو النزعات اللبيدية قد يتم التعبير عنها بصورة مباشرة أو غير مباشرة، فيرى أن سمات الخُلُق (الطبع) المستمرة تكون إمتداداً للغرائز الأصلية، أو إعلاء وتسامياً (مقبولاً اجتماعياً) لهذه الدوافع والنزعات، أو رد معاكس لها أي سلوك مناهض للدافع أو الغريزة (يناقضها) (عبد الله، ٢٠٠٠)

والطبع الفموي يمثل مجموعة من السمات تتحصل لصاحبها نتيجة ما يخبره من مواقف تعيق النمو في المرحلة الفموية من مراحل النمو النفس جنسي (دمنهوري والنجار، ٢٠٠٨). وقد وصف فرويد مفهوم الطبع الفموي بشكل معمم جعل من الصعب قياسه علمياً إلا أن العلماء من بعده أضافوا إليه وجعلوه أكثر تحديداً، والباحثون أبتكروا طرقاً متنوعة للتعرف على الشخصية الفموية؛ فيشر وقرينبرق (Fisher & Greenberg (1985) مثلاً حددا مفهوم الطبع الفموي ووضعاه في قالب يمكننا من قياسه علمياً، ووصفاه من خلال مرحلتين فرعيتين تشتمل فيها الصفات من خلال أسلوب الرعاية الوالدية إما التدليل أو الإحباط. (Green& Piel, 2002)

والمجموعة النوعية المحددة للسمات تعتمد على عاملين:

- **الأول:** يتعلق بما إذا كان التثبيت عند الشخص حدث في المرحلة الفموية الإدماجية، أو السادية
- **الثاني:** يتعلق بما إذا كان التثبيت عائداً إلى الإحباط، أو إلى التدليل الزائد والإفراط في التساهل. (عبد الله، ٢٠٠٠)

ويمكننا تمييز نوعين من التثبيت من خلال أحد أسباب إعاقة النمو كالتالي:

- **التدليل الزائد:** فالأم التي تستمتع بالإفراط في الرعاية لدرجة كبيرة تجعل الطفل دائماً في وضع التلقي و السلبيية ، وتؤدي به لأن يكون في بقية حياته شخص سلبي اعتمادي يتوقع بتفاؤل أن يتلقى دائماً دعماً ومساندة من مصدر سخي لا يكل ولا يمل.
- **الإحباط:** إذا ضنت الأم على طفلها بالحب والرعاية وجعلته يقاسي الحرمان من إشباع حاجاته ورغباته فقد تنمو لديه سمة الإعتمادية الممتزجة بمزيد من الحسد والغيط من محاسن الآخرين أو على ما أوتوا من النعم. (عبد الرحمن، ٢٠٠١)

ومن ذلك نجد أن هناك نوعين من الشخصية نتجت عن التثبيت على المرحلة الفموية

- الشخصية الفموية الإدماجية: توصف بالاعتمادية وتهتم بجمع المعلومات وقد تمارس أنشطة فموية مثل التدخين أو الجنس عن طريق الفم.
- الشخصية الفموية السادية: مشتقة من المرحلة السادية وتمارس أنشطة فموية مرتبطة بالمضغ وتتسم بأسلوب ساخر في الكلام وتميل دائماً للجدال، وتتسم بتناقض وجداني تجاه موضوع الحب. (Allen, 2003)

وقد حدد فرويد وظائف للفم وهي (المص، الإبتلاع، الإمساك، الإصرار، العض، اللفظ، الإطباق) (أحمد، ٢٠٠٣) كل واحدة من هذه الوظائف تمثل نموذجاً لسمات في الشخصية (عبدالله، ٢٠٠٧)؛ فاللذة المستمدة من الإبتلاع والمص قد تزاح إلى أشكال أخرى من الإبتلاع أو الإدماج كاللذة المستمدة من إكتساب المعرفة أو الإمتلاك، والشخص الساذج مثلاً شخص مثبت على المستوى الفموي الإدماجي للشخصية فهو يكاد يبتلع كل شيء يذكر له. وكذلك قد يزاح العض أو العدوان الفموي ليأخذ صورة السخرية أو حب الجدل والمناقشة. ومن خلال النمطين الأوليين للوظيفة الفموية يمكننا إعطاء أساس لشبكة واسعة من الإهتمامات والإتجاهات والسمات الشخصية. هذا بالإضافة إلى أنه طالما أن المرحلة الفموية تقع في وقت يكون فيه الطفل معتمداً كلية تقريباً على أمه للحفاظ على حياته فإن ذلك يؤدي إلى تكوين مشاعر الإعتماد لديه في هذه الفترة وتستمر طوال فترة النمو بالرغم من تطور الأنا في المراحل التالية وتكون على أهبة العودة مرة أخرى عندما يستشعر الشخص عوائق في النمو الطبيعي. (فرج ورفاقه، ١٩٧١)

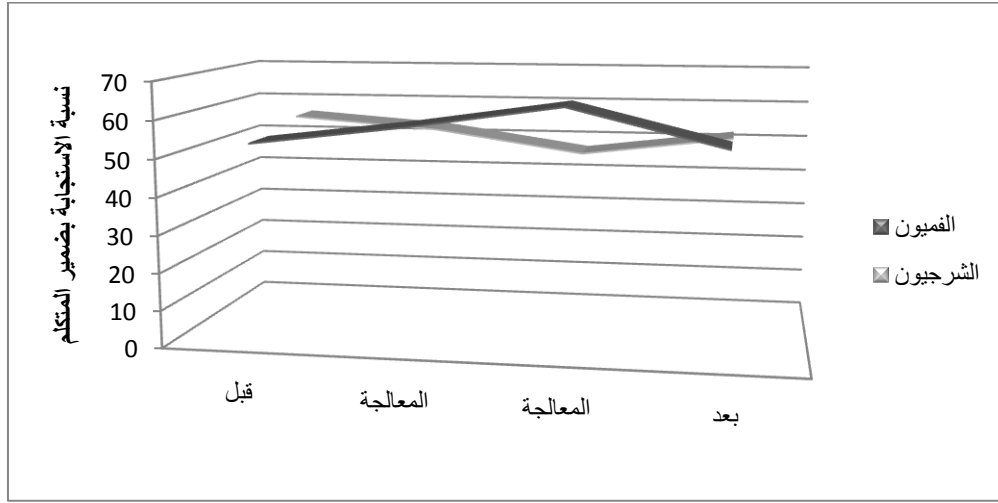
بصفة عامة؛ المثبتين في المرحلة الفموية يتسمون بالاعتمادية و يشفقون كمية من اللبido للإشباع الفموي أو الممارسات الفموية (Papalia & Wendkos, 1978) فقد يمص الطفل إبهامه لفترة متأخرة من الطفولة، أو قد يصاب باضطرابات الكلام، أو يزيد إشباعه الفموي، أو يلاحظ عليه لوازم فموية و يأتي أفعالاً قهرية باستخدام فمه (دمنهوري و النجار، ٢٠٠٨) كمضغ العلك، والأكل بدون جوع، والتدخين (Pervin, 1993)، وقضم الأظافر (Papalia & Wendkos, 1978)

وقد أجرى الباحثون الكثير من الدراسات القيمة التي تهدف إلى إختبار ما إذا كانت العلاقات المفترضة في النظرية النفس جنسية هي فعلاً موجودة أم لا؟ و توجه تساؤلات حول صدق مفهوم الطبع الفموي الذي أفترضه فرويد من خلال نظريته وتعني به الباحثة الآن، ومن الأمثلة في هذا الصدد: دراسات فولد مان Goldman 1950-51 التي يُقيم فيها تأثير الرضاعة وخبرة الفطام المبكر على التفاؤل والتشاؤم، ووجد فيها أن من فطموا مبكراً أكثر تشاؤماً بينما من رضعوا حتى فترة لاحقة أكثر تفاؤلاً. وفي دراسة أخرى له طبقت على أكثر من ٤٠ طفل عادي في مرحلة ما قبل المدرسة وجد زيادة مستوى الإعتمادية مرتبط ارتباطاً دالاً بصعوبات الفطام.

دراسة طولية لهينستن Heinstein 1963 تتبع فيها ٩٤ فرد لأكثر من ١٨ سنة وقرر من خلالها الارتباط بين سمات الطبع الفموي المؤكدة وخبرات الرضاعة من الأم التي تشمل الدفء العاطفي للأم أثناء الإرضاع وصعوبات الفطام (Green & Piel, 2002)

وهناك تجربة قام بها تيمونز ونوبلين Timmons & Noblin 1963 استخدموا فيها أداة تقدير بارعة سميت باسم اختبار بلاكي The Blacky Test والتي وضعها جيرالد بلم Gerald Blum (1950) وهو أحد علماء النفس من ذوي الاتجاه التحليلي. يتكون الاختبار من مجموعة من الصور لإثني عشر موقفاً تمثل من الناحية النظرية الصراع النمطي لكل مرحلة نفسية جنسية من المراحل ما قبل التناسلية. الشخصية الرئيسية في الرسوم هو الكلب بلاكي أما بقية الشخصيات فتمثل أم بلاكي، وأبيه، وأخيه تيبّي Tippy. من المفترض هنا أن الشخص الذي يطبق عليه الاختبار يتوحد مع بلاكي. تشير إحدى الصور إلى بلاكي يرضع من الكلبة الأم وهو موضوع يوحى بالشبقية الفموية على حين تشير صور أخرى إلى تنافس الإخوة والحواجز الأوديبيّة والدفعات الشرجية وغيرها. واجب المفحوص هو أن يكتب قصة حية عن كل صورة وأن يوضح أيها يحب أكثر، وأن يقدم أسباباً لهذا الاختيار. من ثمّ تعالج المادة التي يقدمها المفحوص اكلينكياً لتقدير الخصائص النفسية للمفحوص مثل: (التثبيت، الصراعات النفسية، القلق، الطبع النفسي). طبق تيمونز ونوبلين اختبار بلاكي على ٩٠ طالباً تم اختيار ١٥ منهم بعد الاختبار ليتمثلوا الطبع الفموي و ١٥ آخرين يمثلوا الطبع الشرجي. بعد ذلك عُرض على كل شخص منهم وبشكل فردي مجموعة من البطاقات عددها ١٢٠ بطاقة وفي أعلى كل بطاقة يوجد نوعان من الضمائر أحدهما ضمير للمتكلم (أنا ، نحن) والآخر ضمير للغائب (هو، هي، هم) وفي أسفل البطاقة يوجد جزء من جملة. وواجب المفحوص هو تكملة الجملة بأحد هذه الضمائر. وبعد ٣٠ بطاقة يستجيب لها المفحوص دون بذل أي جهد للتأثير عليه يبدأ الفاحص بتعزيز إستجابات المفحوص بإصدار همهمة تُتم عن الموافقة مثل (آها، نعم، جميل، جيد، حسن، طيب) كلما أستخدم المفحوص ضمائر المتكلم. كانت التجربة موجهة للإجابة عن التساؤل التالي: (هل هناك فرق بين الفمويين والشرجيين من حيث تأثرهم بالتشجيع الرقيق للفاحص كلما أستخدموا ضمائر المتكلم؟) ولنتذكر أن فرويد وفقاً للنظرية النفسية أفترض أن ذوي الطبع الفموي إعتاديين وسلبيين بالتالي فهم يدعون للقوانين والتعليمات ويتأثرون بالإيحاء بينما ذوي الطبع الشرجي شخصيات عنيدة وتقاوم السلطة ولا تدعن للقوانين ولا تتأثر بالإيحاء. ففي الموقف التجريبي الراهن يُتوقع أن يتأثر الفمويون بإيحاءات الفاحص في حين يقاومها الشرجيون. وهذا بالضبط ما أسفرت عنه نتائج هذه الدراسة. باختصار؛ بعد أن بدأ الفاحص عملية التعزيز بدأ الفمويون بالكشف عن نزعة قوية لاختيار ضمير المتكلم في حين نزع الشرجيون إلى عدم استخدامه وبعد أن توقف الفاحص عن التعزيز عادت المجموعتان مرة أخرى إلى نفس الخط القاعدي وتوقفتا عن الاختلاف مما يشير إلى أن الفرق كان إستجابة لإيحاءات الفاحص. ويوضح الشكل التالي هذه النتائج بيانياً:

شكل (٤) : نتائج تجربة تأثير إحياء الفاحص على الفمويين والشرجيين (غنيم، ١٩٨٤)



وقد وُجِهت دراسات أخرى حول ما إذا كانت الشخصية الفموية تميل للإنشغال الفموي أم لا؟ فهناك دلائل على أن ذوي السمنة لديهم تصورات وإهتمامات فموية أكثر من العاديين وكذلك مدمني الكحول ومرضى الاكتئاب وبعض المرضى النفسيين و أخيراً كشفت الدراسات عن الحوافز الفموية لدى المدخنين. (Green& Piel, 2002)

ربط ماسلينغ ورفاقه Masling et al 1985 في دراساتهم العديد من أشكال السلوك بالفموية وقاسوها استناداً لاستجابات المفحوصين لاختبار بقع الحبر الرورشاخ (تقنية إسقاطية لتشخيص الشخصية بحيث يصف المفحوص ما يراه في الأشكال الغامضة لبقع الحبر) فكانت معظم الرؤى التي قدمها المثبتون فموياً كاستجابة على الاختبار تتعلق بالطعام والشراب، أو الأشخاص الذين يقدمونه، أو الأعضاء الخاصة بالتغذية، أو النشاطات الفموية، أو الحاضن والمربي كالأم والأب وأحيانا كانت إنكار للحواس الفموية ومدركاتها مثل استجابة : (وجه بدون فم)، كما أوجد في دراستين أخرى Masling & Bertrand 1967 ؛ Masling & Rabei 1969 كذلك علاقة ايجابية دالة إحصائياً بين المفحوصين الذين ابدوا رؤى وتصورات فموية في اختبار بقع الحبر وكل من الكحولية والسمنة. وفي دراسة أخرى Masling & Weiss & Rothschild 1968 أكدوا على أن طلاب الجامعة الذين يعتمدون على غيرهم في إتخاذ القرارات حول موضوعات غير واضحة أكثر من إعتمادهم على أنفسهم، وثقتهم بأحكامهم وقراراتهم ضعيفة نوعاً ما، ويظهرون تخيلاً فموياً في اختبار بقع الحبر (عبدالله، ٢٠٠٠) وكذلك في دراسة أخرى لماسلينغ ورفاقه (Maslinge et al , 1968) حول علاقة ترتيب الميلاد بالطبع الفموي؛ وجد أن المولود الأول دائماً ما يعطي رؤى وتصورات فموية سادية في اختبار بقع الحبر (الرورشاخ) ولا علاقة دالة بين بقية الرتب والطبع الفموي.

دراسة لفيشر وقرين بيرق Fisher & Greenberg 1977 كشفت عن أن الأشخاص يركزون على الفم وعمليات الإدماج خلال الإسقاطات المختلفة يظهرون دافعية خاصة للتقرب والدعم والمساندة من الآخرين. وكذلك العديد من الدراسات أكدت ارتباط السمات التي أفترض أنها تصف الطبع الفموي وخاصة الاعتمادية والتشاؤمية فغالباً ما تكون مترابطة. (عبدالله، ٢٠٠٠)

وفي دراسة لأونيل وبرنيستين (O'Neill & Bornstein, 1990) باستخدام اختبار بقع الحبر (الرورشاخ) وعدد من مقاييس الشخصية مثل اختبار مينيسوتا وُجِدَ أن نسبة شيوع الطبع الفموي لدى النساء أكثر من الرجال بفارق دال إحصائياً.

هذا وغيرها من النتائج التي تدعم مفهوم الطبع الفموي، إلا أنها لا تعد أدلة على أن السمات تكتسب بالطريقة التي أفترضها فرويد في نظريته النفس جنسية.

تعقيب

ترى الباحثة أنه بالرغم من أن الدراسات التي تثبت الطبع الفموي قليلة وقديمة إلا أنه لا يوجد حتى الآن – على حد علم الباحثة - أي دليل ينفي وجوده، كما أن بعض المفاهيم الفرويدية لقيت قبولاً لدى المختصين في علم النفس مثل مكونات الشخصية ومستويات الشعور دون الكثير من الحجج والبراهين بعكس نظريته النمائية التي أدى التأكيد الزائد على الجنس فيها إلى النفور منها ورفضها كلية بالرغم من صحة أجزاء منها و توفر أدلة تؤكدها. والباحثة هنا ليست بصدد الترويج للمذهب الفرويدي ولا إثارة النقد الموجه ضده ولكن تحقيقاً للموضوعية تؤكد إسهاماتها ولا تغفل نقائصها وعيوبها والعبث الفكري الذي قدمه وأكد عليه في أجزاء منها، كما تؤكد أن هذا البحث قائم على فرضية منها أثبتت صحتها بالتجريب.

• إضافات المحللون إلى المفاهيم الفرويدية التي يتمحور حولها البحث

فرويد أكد على أن المعرفة تبنى على الملاحظة التطبيقية، و ذكر أن مفاهيمه كانت أفكار مبدئية يمكن دحضها أو تلغى إذا كانت الدراسات اللاحقة تفشل في تأكيدها، كما قام فرويد بمراجعة وتنقيح نظريته عدة مرات بسبب ظهور معلومات جديدة لا تتوافق مع فرضياتها؛ فلم تكن نظريته كلاً متكاملاً أو مُنتهياً حيث لم تقتصر التعديلات على فرويد ولكنها نُقحت وُجِدَت بواسطة أولئك المفكرون والكتاب التابعين للمدرسة الفرويدية (الدليم، ١٩٩٠). البعض منهم أضاف تعديلات ورؤى جديدة تتعلق بمفهوم النمو عموماً و المرحلة الفموية و التنشيت و الطبع الفموي بشكل خاص، وما يلي يُعد إستعراض مختصر لبعض ما أضافه المحللون في مجال مفاهيم هذا البحث:

يونج هو أحد التحليلين المنشقين عن مدرسة فرويد بسبب تأكيده على دور الغريزة الجنسية بشكل مبالغ فيه وإغفاله لتأثير العوامل الاجتماعية. وفي حين يرى فرويد أن العصاب يمثل النكوص أو التنشيت يرى يونج انه إصرار ذلك الجزء المتخلف من الشخصية على أن يكون مسموعاً ومدركاً أي يحاول أن يلفت إليه الأنظار و الإنتباه. (الدليم، ١٩٩٠)

ادلر كذلك كان من المنشقين عن فرويد لنفس السبب وقد ركز على أهمية المجتمع في توجيه السلوك فهو يرى أن الكائنات البشرية كغيرها من المخلوقات مدفوعة بغرائز وحاجات فطرية لكنها تتميز بالسيطرة على تلك الغرائز والقدرة على إخضاعها لمواقف واتجاهات تتوافق مع البيئة ومتطلبات المجتمع؛ فالرضيع قد يرفض الرضاعة إذا ما اعتقد أن مثل هذا التنكيت سيجعله في وضع متميز وأفضل في صراعه مع والديه وقد يحظى باهتمام وتدليل أكثر ففي حين كان فرويد مضللاً باتباعه مبدأ (السببية في تفسير السلوك) أكد ادلر على (غرضية السلوك)، ويرى ادلر كذلك أن كل إنسان يشعر بمشاعر نقص لها جذورها في مرحلة الرضاعة فنحن نولد

غير مؤهلين لإشباع حاجاتنا الأساسية ونكون اتكاليين نعتمد على الآخرين لنعيش وهذه المشاعر تقودنا إلى البحث عن طريق نستطيع به تعويض النقص فينا، ويعتقد أن كل فرد يطور طريقة فريدة من النضال ضد هذه المشاعر تسمى (أسلوب حياة) وهذا بدوره قد يكون سوي أو غير سوي ويتأثر بعدة عوامل منها العوامل الأسرية. (الدليم، ١٩٩٠)

هورني ترى أن الاعتماد البيولوجي للطفل، والخلل، والأوضاع السلبية في البيئة من حوله مثل أساليب الرعاية الوالدية القاصرة قد تولد ما يسمى بـ (القلق الأساسي) وتعتقد أن الأفراد يطورون اتجاهات دفاعية معينة أو استراتيجيات تسمح بالتكيف مع العالم وتحمل مستوى معين من الإشباع. عندما تكون هذه الاستراتيجيات غير مناسبة أو مبالغ فيها يطلق عليها الاتجاهات العصابية. وترى أن هذه الاتجاهات ليست بدوافع غريزية ولكنها إستجابة للأوضاع البيئية. (الدليم، ١٩٩٠)

ابراهيم ساهم بالكثير في تحديد المراحل النفس جنسية وامتدادها لشرح تكوين الشخصية لدى الكبار على أساس خبرات الطفولة (Waston, 1978)، وأشار إلى أن اللذة الفموية لا تختفي ابداً فالحوافز اللببية المرتبطة بالفم مثل المص والعض تبقى بأشكال مختلفة في سلوك الراشد. ابراهيم ايضاً استطاع أن يكتشف طبعاً فمياً تختلف أشكاله وسماته من شخصية متفائلة واثقة ساذجة إلى شخصية اعتمادية تتسم بقلّة الصبر والاهتياج وذلك حسب التجربة العاطفية المعاشة في الممارسات الفموية الأولى (شاهين، ١٩٨٢) فأمد تحليل فرويد للشخصية الفموية بالصفات الآتية:

● صفات أحادية القطب:

- التسرع وعدم الصبر
- عدم الصراحة
- التمرکز حول الذات
- الخجل
- الغيرة
- الحسد
- العداء

● صفات ثنائية القطب:

- العطاء مقابل الأخذ
- الاعتماد مقابل الاستقلال
- السلبيّة مقابل النشاط
- التفاؤل مقابل التشاؤم

- العزلة مقابل الانبساطية (Green& Piel, 2002)

وكما سبق وذكّر قسم أبراهيم (Abraham, 2004) المرحلة الفموية إلى مرحلتين المرحلة الفموية المبكرة وسمّاها الإثارة الجنسية الفموية وتتميز بلذّة المص أو أخذ الأشياء ووضعها في الفم (إدماج فموي) والمرحلة اللاحقة وهي: السادية الفموية وتبدأ عندما تنشأ الأسنان وتمثل نمو الدافع العدوانية ويصبح الطفل قادراً على العض والتصرف بعدوانية وتخريب.

فروم يعتقد أن أنماط الطبع تنمو من خلال تفاعل الأطفال مع والديهم ومثل أبراهام قسم المرحلة الفموية إلى مرحلتين فرعيتين، ويعتقد فروم أن الشخص الذي ينشأ في بيئة تنمي إتجاه الفرد لتوقع التلقي والاستحواذ وإستقبال الأشياء سيصبح ذو شخصية استحواذية ذات طبع متلقي إستحواذي (وهذه تماثل الشخصية الإدماجية الشبقية عند أبراهام) وعلى العكس عندما تكون البيئة محببة فإن الأطفال ينمون اتجاهات الأخذ والاستغلال وان مصدر إحساسهم بالأمن يأتي من استغلالهم للآخرين ويصبح هؤلاء شخصيات إستغلالية ذات طبع إستغلالي (وهذه تماثل الشخصية الفموية السادية لدى ابراهام) (عبدالله، ٢٠٠٠)، وأبرز ما يميز الشخصيات ذات الطبع الاستغلالي الشك وسوء الظن بالناس ومشاعر الغيرة والحسد، حيث لا يشعرون بالراحة إلا بعد أخذ ما لدى الغير على إعتبار انه أفضل مما لديهم، ويرى فروم أن (الفم القاضم) يمثل رمزاً لطبعهم، لكونه خليط بين العداوة والحسد وحب التملك "إنني أحصل على ما أريد"، بالرغم من تميزهم بالقدرة على التفكير والإنتاجية والتحصيل العلمي، وخصوصاً إذا كانوا على درجة من الذكاء. (الشمراني، ٢٠١٠)

شدد سوليفان على العلاقات الاجتماعية وتأثيرها على النمو، فحدد مراحل للنمو تشبه مراحل فرويد ولكنه يؤمن بأن تحديدها يتم اجتماعياً لا بيولوجياً. أولى تلك المراحل كانت مرحلة الرضاعة التي تمتد من الميلاد حتى مرحلة ظهور الكلام المفيد وفيها يتم إدراك الطفل لحلمة الرضاعة أو لأمه كشخص جيد أو سيء، وكل إدراكاته التي تتبلور حول وضع الإرضاع سوف تترك تأثيراً على وجهة نظره للأشخاص و الأشياء من حوله في بيئته، وهذا ما يطلق عليه بـ (التجسيدات الشخصية) والتي ترادف معنى التعميم (الدليم، ١٩٩٠)، كذلك يعتبر سوليفان أن أهم المظاهر الحرجة في السنة الأولى هي التفاعل الاجتماعي بين الطفل وأمه، وهذا يتضمن تعلم الطفل تمييز وتقييم انفعالاتها. هذه القدرة على قراءة مشاعر الأم هي الطراز الأصلي لتقهم السلوك والتنبؤ به على نحو دقيق. هذه الفكرة التي طرحها سوليفان لقيت دعماً قوياً من قبل ماسلينغ وجونسون وساترانسكي Masling & Johanson & Saturansky 1974 فطلاب الجامعة الذكور الذين يعانون من سيطرة فموية عالية حسب اختبار الرورشاخ كانوا أفضل من نظرائهم ذوي الدرجات المنخفضة في السيطرة الفموية من حيث التنبؤ بسلوك الآخرين ومشاعرهم، كما تم الحصول على نفس النتيجة مع مجموعة أخرى من الطلاب يعرفون بعضهم مسبقاً في دراسة تجريبية تهدف إلى الكشف عن القدرات التنبؤية لسلوك الآخر، وهناك دراسة أخرى كذلك وجدت علاقة إيجابية بين سيطرة الطبع الفموي والإدراك الشخصي للآخرين. (عبد الله، ٢٠٠٠)

وصفت **كلاين** الدلالات المتضمنة في مفهوم المرحلة الفموية بشكل أكثر تعقيداً، ووضعت بذرة دراسة (العلاقة بالموضوع) فترى النمو من حيث كونه تفاعل لعلاقة الأنا بالموضوعات الخارجية الموجودة في البيئة متجاهلة (الهو) تماماً. كلاين تعتبر أن الطفل في مرحلة الرضاعة لا يدرك ذاته كشخص مستقل عن الأم إنما يدرك ذاته من خلال الاندماج مع الموضوع (الأم) فالأم الطيبة التي يستدمجها الطفل لتكون له عالمه الداخلي الفارغ تصبح صورة لذاته أي أن إدراك الطفل لذاته يقوم أولاً على استدمج الموضوع بالتالي ظهور وتميز للذات عن الموضوع وتفاعل معه؛ فترى أن ظهور الموضوع في حياة الطفل وظهور الأسنان كفيلان بإحداث تغيير جوهري في التطور التالي للأنا ويرجع ذلك التغيير إلى أن الطفل أصبح يدرك أن موضوع الإشباع (الأم) هو نفسه موضوع الإحباط الذي يود تدميره، وأعتبرت التثبيت في المرحلة الفموية أزمة نشأت عن

الطاقة اللبديية التي بقيت شحنتها في الموضوع دون أن تستخلصها الذات لتتكون بها (فائق، ٢٠٠١). تتخذ السادية الفموية أهمية متزايدة مع كلاين؛ إذ تشكل المرحلة الفموية في رأيها لحظة التصعيد الأقصى للسادية الطفلية، وترى أن الرغبة اللبديية في الرضاعة يرافقها هدف تدميري في التفريغ والاستنزاف من خلال المص، ورغم إعتراضها على تمييز ابراهام ما بين مرحلة الامتصاص الفمية ومرحلة العض إلا أن مجمل المرحلة الفموية بالنسبة لها هي مرحلة سادية فموية. (حجازي، ٢٠٠٢)

أنا فرويد الابنة الصغرى لفرويد تعتقد أن مرحلتا الرضاعة والطفولة مهمتان كمقدمة لعملية نضج جيدة كما استخدمت في مناقشاتها مصطلح (الخط التطويري) مشيرة إلى سلسلة من تفاعلات الأنا و الهو؛ حيث يقلل الأطفال من إعتمادهم على الضوابط الخارجية وتزداد قدرة الأنا على التكيف مع الأوضاع البيئية و حددت ستة خطوط تؤكد قدرة الأنا على التكيف مع الأوضاع البيئية كان أولها خط الاعتمادية مقابل الاستقلال وخط المص مقابل الأكل واللذان يقابلا المرحلة الفموية لدى والدها. (الدليم، ١٩٩٠)

وايت يختلف عن فرويد في بعض المنطلقات المرتبطة بمراحل النمو النفس جنسي فالمرحلة الفموية تذهب إلى أبعد من وضع الأكل في الفم أو الرضاعة لتتضمن إستعداد الرضيع الكلي للتأقلم مع البيئة. وبما أنه يعتبر صاحب فكرة (الأنا المستقلة) فقد لاحظ أن الأنا مراراً توجّل إشباع رغبات الهو من أجل أن تؤمن حلاً أكثر إرضاء وقبولاً. وأن الأنا من أجل أن تفعل ذلك لا بد أن تكون قادرة على التنبؤ بالنتائج المستقبلية. (الدليم، ١٩٩٠)

توصلت ماهر إلى تحديد سلسلة من المراحل تمر بها الأنا من أجل أن تتكون الشخصية ويتحقق التطور الفردي أطلقت عليها (عملية الافتراق و التشخص) وتبدأ في الشهر الرابع وتؤدي إلى تشكيل المفهوم الذاتي الثابت قرب نهاية السنة الثالثة ويدرك الطفل ذاته كشخصية مستقلة عن الأم و أي خلل في هذه العملية ينتج شخصية مضطربة مثل الشخصية الاعتمادية. (الدليم، ١٩٩٠)

ويؤمن كوهت بأن اضطرابات الذات تنشأ من فشل في التعاطف الأبوي فالأطفال يريدون استجابة صحيحة لحاجاتهم الطفولية ومعظم الوالدين قادرين على الاستجابة بدقة لحاجات أطفالهم الداخلية. هذه الاستجابات تساعد في بناء واستمرارية الذات وبدونها من المحتمل أن يصاب الأطفال باضطرابات نرجسية تجعلهم يبحثون عن الآخرين من أجل إثبات ذواتهم. (الدليم، ١٩٩٠)

اريكسون قدم خلاصة أفكار مدرسة التحليل النفسي بنظرية شاملة ووافية وعبر ثقافية. يتشابه من خلالها مع فرويد في إحتفاظه بأهمية الدوافع الغريزية، لكنه أنتقده لإهتمامه الزائد بالجانب الفوضوي من الشخصية (الهو) دون الجانب المتعقل (الأنا)، ولإعتباره أن الجنس يبدأ منذ الميلاد وليس مع البلوغ. فاريكسون في المقابل فضل التركيز على الدور الذي تلعبه الأنا في تشكيل شخصية الإنسان من خلال تفاعلها مع البيئة والقوى الاجتماعية فيها، وقد حاول أن يعطي المراحل الفرويدية تعميماً أكبر وذلك عن طريق توضيح أن كل منطقة لبديية جسدية يمكن أن ترتبط بأسلوب للأنا تتبعه في تفاعلها مع البيئة. أولى هذه المراحل يكون فيها الفم هو المنطقة الشبقية، و كل مرحلة في نظريته تنبثق من خلال أزمة تنتج عن مواجهة الأنا النامية لظروف

النضج ومتطلبات البيئة، والأزمة الخاصة بمرحلة الرضاعة أطلق عليها (أزمة الثقة مقابل عدم الثقة). يوافق اريكسون فيها على أن الرضاعة تمدنا بالذمة اللبديية وكمثل سوليفان يؤكد على الجوانب النفسية والاجتماعية للمرحلة الفموية خصوصاً الرعاية والاهتمام الأمومي الذي يمثل الأهمية الأولى لتفاعلات الرضيع مع أمه؛ فخلالها يحاول الأطفال الحصول على ما يحتاجونه من خلال التفاعل مع الأم. أهم ما في هذا التفاعل أن يجد الطفل بعضاً من الاتساق والثبات والقدرة على التنبؤ بتصرفات الأم، إضافة إلى إشعاره بالود والاهتمام والحنان؛ فعندما يدرك الطفل ذلك سوف ينمي شعوراً بالثقة الأساسية في البيئة التي يعيش فيها أما البديل لذلك فهو الإحساس بعدم الثقة وهو شعور ينتج من عدم القدرة على التنبؤ بسلوك الأم الناشئ من عدم الاستقرار والثبات، والتجاهل، و الإهمال، أو القسوة، وإحساس الطفل بأنه لن يجد أمه عندما يكون في حاجة إليها مما يجعله يعمم هذا الشعور على نفسه وعلى العالم. (الدليم، ١٩٩٠)

الإحساس بالثقة يقوي الأنا، ويجعلها أكثر نضجاً؛ لأن الثقة تمكن الطفل من إكتساب القدرة على الصبر وتأجيل الإشباع، وهذه إحدى القدرات الجوهرية للأنا، كما تؤدي إلى إكتساب الأنا لفاعلية الأمل؛ التي تجعلها أكثر قدرة على التعامل مع واقع البيئة الخارجية فيما يلي من المراحل. ربما نفهم ضمناً مما سبق أن على الطفل أن ينمي الثقة وليس عدم الثقة؛ إلا أن اريكسون لم يقصد ذلك تماماً فيرى أنه يجب أن يجرب الطفل الإحساس بعدم الثقة، وأعتبرها أمراً ضرورياً للنمو فلكي يشعر بالثقة عليه أن يجرب عدم الثقة وأن يخلق توازن بين الحالتين. (الدليم، ١٩٩٠)

وفي تقسيم موازي لتقسيم أبراهام وبنفس المنظور الفرويدي؛ يرى اريكسون أن منطقة الفم تستخدم كنقطة ارتكاز لتفاعل الأنا مع البيئة وترتبط بشكل من أشكال النشاط الأولى لذلك التفاعل سماه اريكسون (الأسلوب الإدماجي من النوع الأول) حيث يكون الطفل خلالها متلهفاً إلى الأخذ دون العطاء؛ لذلك يتصف بالتقبل السلبي والاستسلام، كما أن عملية الإدماج تمتد إلى ما هو أبعد من منطقة الفم وتميز إحساسات أخرى كذلك؛ فالأطفال لا يأخذون فقط عن طريق الفم ولكن يأخذون كذلك عن طريق العينين فعندما يرون شيئاً يثيرهم يفتح الطفل عينيه بشوق ويحاول أخذ هذا الشيء بكل ما أوتي من قوة، و يستخدم الطفل حاسة اللمس في القبض على الأشياء فعند لمس أي شيء لكف الطفل تنقبض يده بفعل المنعكس الشرطي على هذا الشيء تلقائياً. تصف هذه السلوكيات الإدماجية الأسلوب العام الذي من خلاله تتعامل أنا الطفل في هذه المرحلة مع العالم الخارجي. المرحلة الثانية تتميز ببداية ظهور الأسنان والعض العدوانية على الثدي، وطبقاً لرأي اريكسون فإن أسلوب العض، أو القبض، أو الاستحواذ؛ كمثل عملية الإدماج يعد أسلوباً عاماً يمتد أيضاً لأبعد من منطقة الفم. فمع النضج يستطيع الطفل أن يصل بنشاط ويقبض على الأشياء بيديه، وكذلك العينين التي تتلقى الانطباع الأول وتبدأ في التركيز على الأشياء وتتابعها، وتأخذ أجهزة السمع في التوافق مع الأسلوب النشط للقبض أو الإمساك بالأشياء؛ فهم يستطيعون الآن تحديد مكان الأصوات وتحريك الرأس نحو مصدر الصوت. هكذا يكون أسلوب العض، أو الاستحواذ، أو أخذ الأشياء؛ أسلوب عام يصف الطريقة الأساسية التي يتعامل بها الأنا مع العالم في هذه المرحلة. (عبد الرحمن، ٢٠٠١)

تعقيب

يتضح لنا مما سبق تحول مدرسة التحليل النفسي من الاهتمام بسلوكية الهو إلى سيكولوجية الأنا، وعلى الرغم من ذلك ترى الباحثة أن هذه الرؤى في مضمونها ما هي إلا تكريس وتأكيد على المفهوم الفرويدي الأساسي مع بعض التعديلات التي جعلت الصورة أكثر منطقية وواقعية مما كانت عليه لدى فرويد حيث كانت أقرب للفلسفة منها للعلم.

• سمات الطبع الفموي

اتفق الباحثون على أن الإحباط الشديد يكون سبباً للتثبيت أكثر من الإشباع التام بالتدليل الزائد والمبالغة في الرعاية (سليم، ٢٠٠٢)؛ ومن هذا المنطلق أجمعوا على أن هناك عدد من السمات تمثل الطبع الفموي، وفيما يلي إستعراض مبسط لكل سمة منها:

١- الاعتمادية

عرفها طه بأنها اعتماد الفرد على الآخرين (الأب، أو الأم، أو الأسرة، أو الغير أياً كان) في إشباع حاجاته وتحقيق رغباته وعدم قدرته على مواجهة الحياة مستقلاً بشخصيته، فيكون بذلك أقرب إلى الطفل الصغير الذي يعتمد على والديه في حياته، وهي سمة أن وجدت بشكل واضح في فرد دلت على نقص في نضجه النفسي. (طه ورفاقه، ١٩٨٩)

تعتمد حياة الطفل ووجوده البيولوجي كل الاعتماد على الآخرين؛ لكن ذلك يضع الطفل فيما بعد في مشكلة كبرى من حيث عملية التنشئة الاجتماعية فلا بد أن يستغني عن أسلوب الرضاعة الإعتيادي ويكتسب أسلوب الراشدين في الحصول على الطعام وهذا التغيير بحد ذاته يعتبر ضريبة يجب أن يدفعها للحصول على الاستقلالية (إسماعيل وغالي، ١٩٨١)، أي خلل في هذه العملية يسبب عدم تخلص الطفل من السلوك الإعتيادي فينشأ راشداً غير مستقل.

يتضمن السلوك الإعتيادي كل التصرفات التي يقوم بها الطفل وتؤدي إلى الحصول على إنتباه الآخرين، أو إستحسانهم، أو تقديم مساعدتهم له. الطفل الذي يسعى باستمرار إلى إستدرا عطف الآخرين يعتبر (شديد الاعتماد) عليهم، ولن يشعر بالأمان إلا بوجودهم. المجتمع عموماً يتوقع مثل هذا السلوك الإعتيادي من الأطفال إلا أنه يستكره في مراحل لاحقة من عمرهم. (علاونة، ٢٠٠٤)

الاعتمادية لدى الراشدين يقصد بها الاعتماد النفسي بشكل مُلح لشخص على آخر يستمد منه دعماً انفعالياً كالتأييد، والاستحسان، والعطف، والحنان. أي أن المصطلح هنا لا يقتصر على الاعتماد الأدائي والذي يسعى فيه الفرد للحصول على عون أو مساعدة الآخرين في أمور يمكنه القيام بها بنفسه (سلامة، ١٩٩١)، والشخصية الاعتمادية تعكس الحاجة المستمرة للرعاية من جانب الآخرين، والخوف الشديد من الانفصال عنهم، والشعور بالعجز وعدم الكفاءة في التعامل مع أحداث الحياة اليومية، وعدم القدرة على التفكير المستقل في المواقف الاجتماعية المختلفة، والحاجة للاعتماد المفرط والمستمر، وعدم القدرة على المبادرة، كما يظهر العديد من الإعتياديين مشاعر الأسي، و الوحدة النفسية، والاكتئاب، ونقد الذات، وانخفاض مستوى تقدير الذات؛ لذلك فهم يكيفوا

أنفسهم كي يتلاءموا مع مشاعر و رغبات وتوقعات الآخرين ويشعرون بالإنهييار التام والعجز عن التصرف عند إنتهاء أو إنفصال العلاقة الحميمة.

الشخصية الاعتمادية شائعة بصفة عامة لدى الإناث أكثر من الذكور بفارق كبير (حسيب، ٢٠٠٦)، و تعتقد كوليت دولنج Colette Dowling أن لدى النساء عبر الثقافات خوف خفي من الاستقلال يجعلهن في حاجة ماسة للعطف والمحبة والرعاية من شخص آخر وقد أكتشفت بنفسها ما أسمته بـ (عقدة سندريلا) وهي نسق من الرغبات والذكريات المكبوتة والاتجاهات غير الواقعية التي أخذت تتكون عند الفتاة وهي طفلة؛ محورها أن هناك شخصاً آخر قوي يدعمها ويحميها وهذه القناعة التي لا يوجد لها مثيل لدى الذكور تستمر مع الإناث بقية حياتهن وهذا ما أثبتته بدراسات عبر ثقافية ضمنيتها في كتاب أطلقت عليه نفس الاسم (كفاقي، ٢٠٠٣)

وترتبط الإيعتمادية عكسياً بالثقة في النفس فقد أشار السليمان ١٩٩٣ إلى أن الشخص الواثق من نفسه متحرر من الإيعتمادية غير الناضجة وهو متحمل للمسؤولية إزاء قراراته وعلاقاته موجهاً لذاته معتمداً على نفسه وقدراته. (الحريري، د.ت)

٢-التشاؤم

يعرف الأنصاري (١٩٩٩ : ١٥ ، ١٦) التفاؤل بأنه " نظرة إستبشار نحو المستقبل تجعل الفرد يتوقع الأفضل، و ينتظر حدوث الخير، ويرنو إلى النجاح، ويستبعد ما خلا ذلك." كما عرف التشاؤم بأنه " توقع سلبي للأحداث القادمة يجعل الفرد ينتظر حدوث الأسوأ ويتوقع الشر والفشل وخيبة الأمل ويستبعد ما خلا ذلك" ، ويفترض أن أياً من التفاؤل والتشاؤم سمة ثابتة في الشخصية وليست مجرد (حالة) تقتصر على مواقف دون أخرى كما أن لمختلف الأفراد درجات عليها (الفروق الفردية) تتوزع توزيعاً إعتدالياً.

معظمنا يميل لأن يكون وسطاً بين هاتين السمتين إلا أن بعض الناس يكونون متفائلين أو متشائمين بدرجة مبالغ فيها. التفاؤل صفة مرغوب فيها للحياة الفعالة؛ لكن التطرف فيه قد يؤدي إلى اللامبالاة ونقص الإعداد الملائم أو التحسب والتوقع للأخطار والضغوط المستقبلية، كما أن التشاؤم كذلك مطلوب أحياناً؛ لكن التطرف فيه يثير القلق والخوف بشكل مبالغ فيه بسبب توقع أسوأ النتائج. (عبد الرحمن، ٢٠٠٦)

يثير تعريف التفاؤل والتشاؤم كثير من الجدل في أوساط النفسانيين ؛ ففيما يعتبره البعض سمة ثنائية القطب تتدرج من التفاؤل المفرط إلى التشاؤم المفرط، يعتقد البعض الآخر إنهما بعدين مستقلين مع وجود تفاعل بينهما؛ متصل للتشاؤم يتدرج من التشاؤم المفرط الى عدم التشاؤم ومتصل آخر للتفاؤل يتدرج من التفاؤل المفرط إلى عدم التفاؤل (اليحفوفي، ٢٠٠٢ ؛ حسن و كاظم، ٢٠٠٣). كما أشارت بعض الدراسات إلى أن التشاؤم والتفاؤل ليسا متضادين وليسا وجهين لعملة واحدة فالفرد قد يكون قليل التفاؤل ولكنه ليس متشائماً والعكس صحيح، ويتفق (إسماعيل، ٢٠٠١) مع الرأي القائل باستقلالية السمتين وأن لكل منهما متصل مستقل، فقد أستخرجت بعض الدراسات فروقاً دالة إحصائياً بين الجنسين في التفاؤل وليس في التشاؤم كما قد ترتبط سمة ما بالتفاؤل ولكنها لا ترتبط بالتشاؤم وهذا يعني أن أياً من السمتين ليست بالضرورة عكساً للآخرى.

من ناحية أخرى يرى فرويد أن التفاؤل هو القاعدة العامة للحياة وأن التشاؤم لا يقع في حياة الفرد إلا إذا تكونت لديه عقدة نفسية؛ والعقدة النفسية ارتباط وجداني سلبي شديد التعقد والتماسك تجاه موضوع ما من الموضوعات الخارجية أو الداخلية؛ فأنت متفائل إذا لم يقع في حياتك حادث سبب عقدة نفسية جعلتك متشائماً، ويرى أن المتفائلين يتوافقون بصورة أفضل مع الحياة مقارنة بالمتشائمين (أسعد، د. ت)، كما أقترح أن التفاؤل نتيجة للتدليل وزيادة الإشباع خلال المرحلة الفموية، والتشاؤم هو نتيجة للإحباط؛ بناء على ذلك الإحباط يؤدي إلى نشوء فرد متشائم يعتمد على الآخرين ليشعروه بالتقدير (Waston, 1978)

وأشار عبدالله (٢٠٠٠) إلى أنه يمكن للتثبيت أن يكون مصدر لتلك السميتين المتضادتين حسب ما تكون عليه ظروفه من حيث وقت التثبيت، أو في أي مرحلة فرعية كان، أو سببه إما الإحباط أو التدليل الزائد فالناس الذين تعرضوا للإحباط يتوقعون الفشل وبالتالي التشاؤم، و أولئك الذين أُشبعَت حاجاتهم وتدلوا كثيراً فسيتوقعون النجاح وبالتالي التفاؤل.

والنتائج الأربعة المحتملة للتثبيت مُثلت في الجدول التالي:

جدول (٢): النتائج المحتملة للتثبيت في المرحلة الفموية

| سبب التثبيت | | زمن التثبيت |
|--|--|-----------------------|
| الإحباط | التدليل الزائد | |
| التشاؤم السلبي: التعامل مع الحياة وكأن لا شيء يمكن فعله لتحسينها | التفاؤل السلبي: الاعتقاد بأن العالم دائماً يزود لإشباع حاجات الفرد وليس ليقوم الفرد بدوره فيه | الإدماجية (المصيبة) |
| التشاؤم الإيجابي: التصرف بعدوانية وحنق تجاه العالم والمحيط المؤلم والقاسي. | التفاؤل الإيجابي: يقوم الفرد بدوره في الحياة و لكنه يتحدث بعدوانية عن المحيط الذي يزوده بإشباع الحاجات | السادية (العضية) |

٣ - عدم الثقة

يطور الطفل إحساس بالثقة الأساسية خلال المرحلة الأولى من حياته ثم يعمم هذا الإحساس على نفسه وعلى العالم فيما بعد كما أقترح اريكسون. الثقة الأساسية تعني للطفل أن احتياجاته ستلبي ويتعلم أن الإحباط لا بد أن يليه الإرتياح ويحدوه الأمل دائماً. نظرية الثقة الأساسية هذه هي أحد الأسباب التي دعت المربين إلى وضع جدول رعاية للطفل حسب حاجاته وليس حسب رغبته أو رغبة القائمين على رعايته (إبراهيم، ١٩٩٨)؛ فينبغي أن ندرك الفرق بين الرغبة والحاجة فبعض ما يكون الطفل بحاجة إليه يرغب فيه كالرضاعة، وبعضه لا يرغب فيه كالاستحمام والدواء. (أسعد، د. ت)

الثقة اصطلاحاً تعني التأكد والضمانة والإطمئنان (الحريري، د. ت) وقد عرفها أسعد (د. ت : ٣٥) بأنها " موقف يتخذه الشخص من نفسه ومن العالم المحيط به وهو موقف غير عشوائي، بل موقف واع، فيه فكر واضح، ورؤية جلية للواقع النفسي الخارجي المحيط بالشخص بما يتضمنه ذلك الواقع الخارجي من أشياء، وموضوعات، وأشخاص " وقد عرفت الباحثة بأنها معتقد

يتضمن الإحساس بالأمن والإطمئنان تجاه الذات وتجاه العالم الخارجي يؤثر على سرعة ونوعية الإستجابة للمثيرات المختلفة.

ويرى كلاً من ستون وتشيرش Ston & Church أن الثقة بالبيئة والثقة بالنفس اللتين تكتسبان خلال الشهور الأولى من حياة الفرد أساسيتان لنمو الشخصية السوية وهما تتناظران الإحساس بالأمن والإحساس بالاستقلال الذاتي (الغامدي، ٢٠٠٩)، ويعتبر جيلفورد Guilford الثقة عاملاً مهماً يمثل إتجاه الفرد نحو ذاته ونحو بيئته الإجتماعية، وأنها ترتبط بميل الفرد إلى الإقدام نحو بيئته أو التراجع عنها (السقاف، ٢٠٠٨)؛ فعدم الشعور بالثقة يؤثر في مستوى التفكير والإقدام والقدرة على إتخاذ القرار وضبط الإنفعال والقدرة على التكيف وهو ما يميز الشخصية الواهنة (الحريري، د.ت)

التسلح بالثقة أمر في غاية الأهمية لحماية الفرد من الشعور بالسلبية والتردد وعدم الإطمئنان تجاه ما يتمتع به من إمكانيات وقدرات (ثقة في النفس) وتجاه الآخرين من حوله. (السقاف، ٢٠٠٨) وإنعدام الثقة الأساسية أو زعزعتها له عدة تأثيرات على نمو شخصية الطفل وحياته كراشد فيما بعد فهو يحطم قدرة الطفل على التوافق مع البيئة ويشوه إدراكه لذاته وقدراته ويعوق تفاعله الاجتماعي. (Michell, 1980)

وعدم الثقة يرادف الشك؛ والشك بالمعنى السيكولوجي يرتبط بأحاسيس المرء وما يدور بخله من مشاعر وعواطف وانفعالات، ويمكننا أن نميز الشخص السوي الصحيح نفسياً والشخص المعتل من خلال مدى إعتمال الشك في نفسه وحياته وعلاقاته؛ فإذا تجاوز الشك حداً معيناً يمكننا أن نقول بأن الشخص غير سوي أو مريض نفسياً، و الشك الذي ينتاب الشخص السوي الصحيح نفسياً يستند إلى وقائع محددة وأسباب وجيهة؛ فيكون وجدانياً من جهة، وموضوعياً من جهة أخرى، لكن الشك الذي يتخذ صفة العمومية، أو لا يستند إلى وقائع محددة هو شك مرضي غير طبيعي. (أسعد، ١٩٩٧)

ويتضمن الإحساس بعدم الثقة أو الشك الإحساس بالعجز عن مواجهة المشكلات، والإعتماد على الغير، والميل إلى التردد والتراجع، والمغالاة في الحرص، القلق حول التصرفات والصفات الشخصية، الحساسية للنقد الاجتماعي والشك في أقوال الآخرين ونواياهم وأفعالهم، والخوف من المنافسة، والإستياء من الهزيمة، والشعور بنقص الجدارة، والمسايرة خوفاً من النقد، والشعور بالخجل والإرتباك والميل إلى الإحجام عن المشاركة، التمرکز حول الذات، والشعور بالذنب، والشعور بعدم الرضا عن الأحوال والحاجة إلى التحسن. (الغامدي، ٢٠٠٩)

٤ نفاذ الصبر

تصف هذه السمة ذلك الشخص غير الراضي دائماً عن الآخرين، وحتى عن نفسه، وهي تتبع من الإحساس بعدم الثقة كنتيجة لإحباط الرغبات المبكرة والاضطراب الحادث في إتجاه تأكيد الذات أثناء الأطوار المتأخرة من المرحلة الفموية، ويكون الشخص نافذ الصبر في علاقاته مع الآخرين لأنهم لا يتفقون مع توقعاته عنهم، يسهل استفزازه ، ويعادي كل من يفشل في ضمه إلى صفة (عبدالرحمن، ٢٠٠٦)

وقد عرفت الباحثة هذه السمة بعدم القدرة على تحمل الإثارة الانفعالية، وقياساً على تعريف القلق كسمة يمكن أن نعرفها بأنها استعداد سلوكي مكتسب يظل كامناً حتى تنبئه مثيرات داخلية أو خارجية تثير حالة من التهيج والغضب، وترى بأن نافدي الصبر يتميزون بقوة الدوافع وشدة الرغبات وسرعة الشعور بالإحباط.

٥- الحسد المصحوب بعدم واقعية التوقعات

تنشأ هذه السمة نتيجة لإحباط إشباع الحاجات أثناء الطور المصي الإدماجي من المرحلة الفموية ويتصف من لديهم هذه السمة بالدافعية القوية لإمتلاك أكثر مما قدر لهم من متع الحياة، ويطمحون إلى أمنيات مستحيلة لا تتوافق مع ظروفهم وإمكاناتهم، كما أن لديهم شك وإمتعاض مما يصل إلى سمعهم عن ثروات الآخرين ونجاحاتهم، ويرى الشخص الحسود - بغض النظر عما يمتلك من مقتنيات - أن ممتلكات الآخرين تفوق ما لديه. بالرغم من أن الدرجة المعتدلة من الحسد تعد إيجابية وباعثة ومحفزة (المقصود هنا الغبطة كما تسمى في السنة النبوية) أما إذا كانت سمة قوية ومسيطرة فإنها ستصبح مصدراً للعذاب والقلق والامتعاض والاستخفاف بالذات أو إحتقارها وقد تكون مصدراً للعدائية والعدوانية على الآخرين. (عبد الرحمن، ٢٠٠٦)

وفي إطار العلاقة بين الثقة والحسد المصحوب بعدم واقعية التوقعات؛ نجد أن الثقة ترتبط بمستوى التكيف العام للفرد حيث يتسم الواثق بالرضا عن نفسه وتقبلها وتقديرها ويدرك ذاته وخبراته وإمكاناته وعيوبه جيداً ويعيش في نطاقها كما هي عليه في الواقع. (الدليم، ١٩٩٠)

٦- قوة الدافع المعرفي

تتضمن هذه السمة الإنفتاح للتجارب والأفكار الإبداعية، و تشمل زيادة حب الإستطلاع والإهتمام بالبحث العلمي والطبيعة (عبد الله، ٢٠٠٠)، وتدفع الفرد للفهم والسعي نحو الجديد وتحقيق التقدم من أجل إثراء الإمكانيات المعرفية واستقصاء الحقيقة والبحث عنها وإماطة اللثام عن الغموض وعدم الوضوح في المواقف المادية والاجتماعية مما يعمل على إتساع دائرة المعرفة لدى الفرد وبالتالي بناء قاعدة بيانات راسخة في عقله. هذا يؤثر في كل من التعلم وتحسين القدرة على التحصيل الأكاديمي (بني يونس، ٢٠٠٩)، و يشير داي 1986 Day إلى أن قوة حب الاستطلاع والدافع المعرفي تحفز الابتكارية، ويذكر أن هناك عدداً من الدراسات أكدت على أنه بدون حب الاستطلاع وسلوك الاكتشاف تكون الابتكارية مستحيلة (مصطفى و الفقي، ١٩٩٣)

٢ - بحوث و دراسات سابقة

موضوع اضطرابات الأكل من الموضوعات المستجدة على البحث في العالم عموماً وفي المملكة العربية السعودية خاصة فلا توجد - على حد علم الباحثة - أية دراسة محلية تحدد نسبة انتشار اضطرابات الأكل في المملكة العربية السعودية، كما أن علاقة اضطرابات الأكل بالطبع الفموي علاقة لازالت موجودة على المستوى النظري؛ إلا أنها لم تخضع لأي دراسات تثبت تحقق وجودها عملياً - على حد علم الباحثة أيضاً- ، وهذا ما يضيف على البحث الحالي أهمية كبيرة.

الدراسات حول مفهوم الطبع الفموي نادرة جداً وقديمة و سبق ذكرها في سياق الحديث عنه في الإطار النظري. وهنا ستسلط الباحثة الضوء على أهم الدراسات الحديثة التي توصلت لها في ميدان اضطرابات الأكل مصنفة إلى محورين رئيسيين:

- بحوث ودراسات تتعلق بانتشار اضطرابات الأكل في المجتمعات المختلفة
- بحوث ودراسات تناولت سمات شخصية ذوي اضطرابات الأكل

ويجدر التنويه إلى أنه أثناء البحث في الدراسات السابقة وجدت الباحثة عدد قليل من الدراسات العربية مقابل عدد مهول من الدراسات الأجنبية حول نسبة و شخصية ذوي اضطرابات الأكل، ونظراً لإختلاف الثقافات وما يترتب عليه من صعوبة الإفادة من النتائج ترى الباحثة أنه لا ضرورة ولا مجال يكفي لإستعراض عدد كبير منها، فأكتفت بعدد محدود يمثل أحدث النتائج المهمة (١٩٩٩ فأكثر)، مع الإشارة إلى أن نتائج الدراسات في هذا الميدان متسقة وتؤكد بعضها بشكل ملفت للنظر.

١ - بحوث ودراسات تتعلق بانتشار اضطرابات الأكل في المجتمعات المختلفة:

على الصعيد العربي كانت دراسة الزغاليل (٢٠٠٩) من الأردن أحدث دراسة في هذا المجال والتي هدفت إلى التعرف على مدى إنتشار وشيوع اضطرابات الأكل عند طلبة جامعة مؤتة وكذلك معرفة مدى الاختلاف في سلوكيات واتجاهات هؤلاء الطلبة تجاه هذه الظاهرة تبعاً لمتغيرات النوع والمستوى الدراسي ومجال التخصص والمعدل التراكمي وقد تم فيها إختيار عينة عشوائية مكونة من ٧١٤ طالباً وطالبة من جامعة مؤتة ولتحقيق غايات هذه الدراسة تم استخدام مقياس قائمة اضطرابات الأكل لقياس السلوكيات والاتجاهات نحو الأكل وقد بينت النتائج وجود مستوى دون المتوسط بقليل من السلوكيات والاتجاهات نحو الأكل عند طلبة الجامعة كما أظهرت النتائج عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في سلوكيات واتجاهات طلبة الجامعة نحو الأكل تبعاً لكل من متغير الجنس والمعدل التراكمي، بينما أشارت النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في سلوكيات واتجاهات طلبة الجامعة نحو الأكل تبعاً لكل من متغير مجال التخصص ومتغير المستوى الدراسي.

وهناك دراسة عبد الموجود (١٩٩٩) من مصر والتي تهدف إلى تقدير معدل انتشار اضطرابات الأكل لدى عينة بلغ عددها ٩٢٤ طالباً وطالبة تم إختيارهم عشوائياً من خمس مدارس ثانوية و ست كليات جامعية بالإضافة إلى التعرف على طبيعة الارتباط بين اضطرابات الأكل وبعض متغيرات الشخصية (صورة الجسد وتقدير الذات و الاكتئاب و القلق) بواسطة إستخدام

مقياس اضطرابات الأكل و مقياس صورة الجسد و اختبار تقدير الذات للمراهقين والراشدين ومقياس سمة القلق ومقياس الاكتئاب. وقد أظهرت النتائج، أن معدل انتشار اضطرابات الأكل باستخدام المعايير التشخيصية يصل إلى حوالي ١,٨٤% حيث توزعت بالشكل التالي : ٠,٨٦% فقدان شهية عصبي و ٠,٦٥% شره عصبي و ٠,٦٢% بوليماركسيا، كما أوضحت الدراسة أن معدل انتشار اضطرابات الأكل لدى الإناث أكثر من الذكور بفارق دال، بالإضافة إلى كون الشره العصبي يظهر متأخر قليلاً عن فقدان الشهية العصبي. كما بينت الدراسة أن اضطراب الشره العصبي ارتبط ارتباطاً دالاً بمتغيرات الشخصية (صورة الجسد - تقدير الذات - الاكتئاب - القلق) في حين لم يرتبط فقدان الشهية العصبي ارتباطاً دالاً مع أي من متغيرات الشخصية ماعدا الاكتئاب.

وفي نفس السياق، هدفت دراسة شقير (١٩٩٩) إلى التعرف على معدل انتشار اضطرابات الأكل بين طلاب وطالبات جامعة طنطا، بالإضافة إلى التعرف على شكل العلاقة الإرتباطية بين مظاهر الصحة النفسية موضوع الدراسة الحالية: صورة الجسد، الحواجز النفسية، الضغوط النفسية، كما هدفت الدراسة للبحث عن تأثير الحالة الصحية (فقدان الشهية العصبي - الشره العصبي - التمتع بصحة جيدة) على متغيرات الدراسة الأساسية: صورة الجسد والحواجز النفسية (الشائعة، الرفض، التوتر)، والضغوط النفسية (الضغوط الأسرية، الاقتصادية، الدراسية، الانفعالية، الصحية، الشخصية). وقد أجريت الدراسة على عينة تقدر بـ (٣٠٠) طالب وطالبة (جميع الشعب) بكلية التربية في جامعة طنطا، وقد تراوح العمر الزمني للعينة ما بين (١٩ - ١١) عام؛ بمتوسط حسابي ١٨,٦ وأستخدمت الباحثة أدوات تشخيصية تشمل (مقياس الاتجاه نحو الأكل - مقياس فقدان الشهية العصبي - مقياس الشره للطعام - تحديد الوزن باستخدام الميزان الحسابي - إجراء الفحوص المعملية اللازمة للتشخيص) كما استخدمت أدوات التجربة وتتضمن (مقياس صورة الجسد- مقياس الحواجز النفسية (الشائعة- عدم القبول- التوتر). وأظهرت النتائج وجود اضطراب فقدان الشهية العصبي للطعام لدى الذكور بنسبة ٨,٩٢% بينما كانت لدى الإناث ١٥,٤٥%، في حين كانت النسبة المئوية لذوي الشره العصبي للطعام لدى الذكور ٠,٧٦% بينما كانت ١٠% لدى الإناث، وأوضحت الدراسة كذلك وجود علاقة ارتباطية دالة موجبة بين متغيرات الصحة النفسية السلبية الثلاثة، كما بينت الدراسة ارتفاع معدلات اضطراب صورة الجسد لدى الإناث عنه لدى الذكور، كما كشفت الدراسة أن مجموعتي اضطرابات الأكل (فقدان الشهية العصبي والشره العصبي) كانتا أكثر اضطراباً في إدراك صورة الجسد، وأكثر إرتفاعاً في الحواجز النفسية بإبعادها الثلاثة مقارنة بالأصحاء، كما أنها تعاني من كل أنواع الضغوط النفسية مقارنة بمجموعة الأصحاء، تشير هذه الدراسة إلى إرتفاع نسبة ظهور اضطرابات الأكل بين طلاب وطالبات الجامعة وتزايد معدل الضغوط التي يتعرض لها الشباب والتي قد تزيد معها نسب التعرض لبعض الصعوبات والعقبات النفسية التي تعبر عن نفسها في شكل أنماط وعادات سلوكية غير عادية مثل الإعراض عن الأكل وعدم تناوله بانتظام والتي تظهر على شكل فقدان الشهية العصبي ، أو في شكل سلوك قهري يتمثل في تكرار تناول الطعام بشكل غير طبيعي وما ينتج عنه من حالات الشره العصبي.

وعلى الصعيد الأجنبي كانت أحدث دراسة في إطار الكشف عن نسبة انتشار اضطرابات الأكل لأيسوما ورفاقه (Isomaa et al, 2009) أجريت على عينة بلغت ٥٩٥ من المراهقات

في غرب فنلندا بتطبيق استبيان اضطرابات الأكل كمرحلة أولى ومن ثم اللجوء إلى المقابلات لتحديد مدى انتشار و حدوث وتطور اضطرابات الأكل و وجدت نسبة ٢,٦ % من الإناث في عمر الثامنة عشرة مصابات بفقدان الشهية العصبي ونسبة ٠,٤ % مصابات بالشره العصبي ونسبة ٧,٧ % من العينة يمثلن حالات غير اكلينكية من فقدان الشهية العصبي – لم تتعرض إلى تدخل طبي- وكذلك نسبة ١,٣ % للشره العصبي كما كشفت عن نسبة ٨,٥ % من العينة يمثلن حالات غير اكلينكية لاضطرابات الأكل غير المصنفة. كما عُثر على حالات لاضطرابات الأكل بين المشاركين من الذكور و حددت الدراسة معدل اضطرابات الأكل لدى الإناث من سن ١٥ إلى ١٨ عام ب ١٦٤١ حالة لكل ١٠٠٠٠٠ فتاة أي أن اضطرابات الأكل شائعة بين الفتيات في غرب فنلندا.

أما دراسة فاندير وال ورفاقه (Vander Wal et al, 2008) فتبحث في تأثير التعرض للمُثل الغربية وسرعة التغيير الاجتماعي على بروز اضطرابات الأكل في غواتيمالا وتختبر الفرض الذي مفاده: أن إدراك صورة الجسد المثالي في المجتمع والرغبة في الوصول إليه يؤدي إلى إنخفاض الرضا عن صورة الجسد طالما كانت لا تتطابق معه بالتالي إتباع نظام غذائي وممارسة سلوكيات تزيد من خطر اضطرابات الأكل، وذلك بتطبيق اختبار مواقف اضطرابات الأكل EAT ومؤشر كتلة الجسد ومقياس الرضا عن صورة الجسد ومقياس الحساسية الاجتماعية على عينة بلغت ٣٤٧ من الفتيات في الصفوف الخامس والسادس في مدينة غواتيمالا وكشفت النتائج عن أن زيادة الحساسية الاجتماعية ترتبط بعدم الرضا عن صورة الجسد وأعراض اضطرابات الأكل. هذا يشير إلى أن البلدان النامية ليست بمنأى عن تأثير العوامل الاجتماعية والثقافية المؤدية إلى شيوع اضطرابات الأكل.

بينما قام ماتشادو ورفاقه (Machado et al, 2007) بدراسة هدفها تقييم مدى انتشار اضطرابات الأكل غير المحددة في مجتمع فتيات البرتغال. شارك فيها عينة تقدر ب ٢٠٢٨ طالبة برتغالية تتراوح أعمارهن بين ١٢-٢٣ سنة في المدارس من الصف التاسع إلى الصف الثاني عشر. طُبِقَ عليهم استبيان اضطرابات الأكل في المرحلة الأولى من الدراسة وفي المرحلة الثانية أُجريت مقابلات مع ٩٠١ من الفتيات اللاتي حصلن على أعلى الدرجات في الاستبيان وتمخضت الدراسة عن النسب التالية: بلغت نسبة انتشار اضطرابات الأكل بصفة عامة ٣,٠٦ % ونسبة انتشار فقدان الشهية العصبي ٠,٣٩ % أما الشره العصبي فكانت نسبة انتشاره ٠,٣٠ % ونسبة اضطرابات الأكل غير المحددة ٢,٣٧ % وأستنتجت الدراسة أن نسبة اضطرابات الأكل غير المحددة تمثل ثلاثة أرباع حالات المصابين باضطرابات الأكل عموماً.

وفي العام نفسه قدم كلاً من وايت وقريلو (White & Grilo, 2007) دراسة تهتم بعلاقة اضطرابات الأكل بتاريخ من التدخين لدى النساء البدينات عموماً ، وذلك بتطبيق استبيان وإجراء مقابلة مع ٩١ امرأة بدينة مع أخذ السن ومؤشر كتلة الجسد بالاعتبار. أفادت النتائج فيها بأن المدخنات سابقاً أكثر عرضة لاضطرابات الأكل وأقل ضبطاً للنفس وأخضعن أنفسهن لأنظمة الحماية الصارمة ومارسن إستراتيجيات تخفيض الوزن (أساليب التطهير) على الرغم من أن متوسط إقلاعهن عن التدخين كان ١٥ سنة كما أن أعراض اضطرابات الأكل لدى المدخنات سابقاً لا تختلف عنها لدى غير المدخنات.

أما كوقو ورفاقه (Kugu et al, 2006) فأجروا دراسة هدفها تحديد انتشار اضطرابات الأكل بين طلاب الجامعة في منطقة ريفية من تركيا ومقارنة ذوي اضطرابات الأكل بالأسوياء على أساس المتغيرات الاجتماعية والديموغرافية والخبرات الطفولية والأدوار الأسرية وتقدير الذات عن طريق تطبيق اختبار مواقف اضطرابات الأكل EAT على عينة قوامها ١٠٠٣ من طلبة الجامعة ومن ثم إجراء مقابلات للطلبة الذين حصلوا على درجات أعلى من درجة القطع في الاختبار وفي المرحلة الأخيرة قُدم استبيان يكشف عن بقية المتغيرات للطلبة الذين أثبتت المقابلة إصابتهم باضطرابات الأكل وأسفرت النتائج عن التالي: ٢,٢٠% من العينة تبين أنهم يعانون من اضطرابات الأكل ٠,٣١% منهم ذكور، و ١,٥٧% من الإناث مصابات بالشره العصبي، و ٠,٣١% مصابات باضطراب فوضوية الأكل، ولم يتم العثور إلا على ثلاث حالات فقدان شهية عصبي، أما البقية فيمثلون حالات لا تنطبق عليهم المعايير التشخيصية تماماً. كما كشفت الدراسة عن فروق دالة عند مستوى ٠,٠٠١ بين المضطربين والأسوياء في تقدير الذات لصالح المضطربين إضافة إلى تواتر ظهور تاريخ خبرات الإساءة الطفولية سواء من الاعتداء الجنسي وسوء المعاملة العاطفية بفروق دالة عند مستوى ٠,٠٥، كما وجدت فروق دالة عند مستوى ٠,٠٠١ في أساليب الاتصال والارتباط العاطفي بين أسر ذوي اضطرابات الأكل والعاديين.

وفي دراسة حول شيوع أعراض اضطرابات الأكل في دولة الإمارات العربية المتحدة استخدم إيبين ورفاقه (Eapen et al, 2006) عينة عشوائية بلغت ٤٩٥ مراهقة إماراتية في تطبيق مقياس مواقف اضطرابات الأكل EAT في المرحلة الأولى وفي المرحلة الثانية أُجريت مقابلات مع من حصلن على درجات أعلى من درجة القطع في الاختبار وكشفت النتائج أن ١١٦ فتاة من العينة مصابات باضطرابات الأكل ويمثلن نسبة ٢٣,٤% نصفهن يملن لإظهار سلوك فقدان الشهية العصبي ونسبة ٢% منهن أستوفين كامل المعايير التشخيصية ووصلن إلى حالات تستلزم التدخل الطبي كما تبين من إجراء المقابلات تواتر إصابة أحد أفراد أسرة المصابة بأعراض اضطرابات الأكل وكذلك إهتمام المصابات بمتابعة البرامج التلفزيونية الغربية.

و من شمال شرق البرازيل قام موي ورفاقه (Moya et al, 2006) بدراسة تبحث في شيوع اضطرابات الأكل لدى عينة عشوائية ممثلة من الجنسين بلغت ١٢٥١ فرد في الفترة العمرية (٧ - ١٤) عام عن طريق إجراء مقابلات مقننة مع أفراد العينة وأمهاتهم أخذين في الاعتبار العمر والجنس ومؤشر كتلة الجسد والمستوى الاجتماعي والاقتصادي. أظهرت النتائج أن نسبة ١,٤% من العينة معرضين لخطر اضطرابات الأكل وتزيد النسبة لدى الإناث مع التقدم في السن وارتفاع المستوى الاجتماعي والاقتصادي.

وهذه دراسة مسحية تختص بالبحث في أثر تبادل الثقافات على انتشار اضطرابات الأكل لدى الطلاب في الجامعات الاسترالية قارن فوربس ورفاقه (Forbes et al, 2006) بين الطلاب ذوي الأصول الآسيوية القادمين من ١٣٠ منطقة مختلفة من آسيا والقوقازيين البيض القادمون من ١١٠ مناطق تتراوح أعمارهم في الفترة العمرية (١٨ - ٢٤) عام وكشفت النتائج عن ارتفاع متوسط الإصابة باضطرابات الأكل لدى القوقازيين ولكن المتوسط لا يختلف كثيراً كلما ارتفع المستوى الثقافي التعليمي للفتيات الآسيويات مما يشير إلى تساوي الآسيويين والقوقازيين من طلاب الجامعات في استراليا في تعرضهم لاضطرابات الأكل وأن مستوى تبادل الثقافات لا يغير من قابلية الطلاب الآسيويين للإصابة باضطرابات الأكل.

أيضاً دراسة كندية تهدف لتقييم انتشار اضطرابات الأكل لدى مدمني المخدرات قامت كورباشن ورفاقها (Courbasson et al, 2005) بتطبيق اختبار اضطرابات الأكل وإجراء مقابلات مع عينة من طالبي العلاج من الإدمان وكشفت النتائج أن انتشار اضطرابات الأكل لدى مدمني المخدرات أعلى منه لدى أي فئة أخرى، كما أكدت على أن نسبة الإصابة في الإناث أكثر منها في الذكور ووجدت أن اضطرابات الأكل تظهر ضمن زملة من الاضطرابات النفسية لدى المدمنين على المخدرات وينبغي النظر إليها بعين الاعتبار عند تصميم وتقديم البرامج العلاجية.

كذلك دراسة موجهة للكشف عن نسبة إصابة الشبان في المجر (هنغاريا) باضطرابات الأكل قام تولكيس و نيميسوري (Tolqyes & Nemessury, 2004) بتطبيقها على عينة من طلبة المدارس الثانوية والجامعات في بودابست على مرحلتين: الأولى عن طريق مقياس اضطرابات الأكل وتم فرز المصابين في المرحلة الثانية عن طريق المقابلة المقننة وأفادت النتائج أن نسبة ٣% من الإناث مصابات بفقدان الشهية العصبي، ونسبة الإصابة لدى طلبة مدارس رقص البالية وحدها كانت ٢٥% كما كشفت عن نسبة ٤,٥% إناث و ٠,٨% ذكور يمثلون حالات غير اكلينكية للشه العصبي وأدرجت الدراسة نسبة ٣,٦% إناث و ٠,٤% ذكور تحت فئة محاكاة الشه العصبي، أما نسبة من تنطبق عليهم معايير الدليل التشخيصي الرابع للأمراض النفسية للشه العصبي فكانت ٠,٦% فقط وهذه النسب تشبه مثيلاتها في أمريكا ودول أوروبا الغربية.

كما أوردت الفايز (٢٠٠٧) دراسة قام بها كل من عبدالله ومان Abdollah & Mann 2001 كان الهدف منها المقارنة في اضطرابات الأكل بين النساء الإيرانيات المقيمت في إيران، والنساء الإيرانيات المقيمت في الولايات المتحدة الأمريكية، وذلك على عينة مكونة من ٥٩ طالبة تقيم في إيران، و ٤٥ طالبة ذات أصل إيراني تقيم في الولايات المتحدة، باستخدام مقياس اضطرابات الأكل ومقياس صورة الجسد. وقد أظهرت النتائج أن اضطرابات الأكل واضحة بنفس الدرجة سواء لدى الطالبات المقيمت في إيران أو لدى الطالبات المهاجرات لأمريكا. وتدل نتائج هذه الدراسة على أن ظهور اضطرابات الأكل ليس مقتصرأ على المجتمعات الغربية.

٢ - بحوث ودراسات تناولت سمات شخصية ذوي اضطرابات الأكل:

على الصعيد المحلي أجرت الفايز (٢٠٠٧) دراسة على عينة من ٣٧٠ طالبة من طالبات جامعة الملك سعود بالرياض منهم ٦٥ متزوجة و ٣٥ عازبة بهدف الكشف عن العلاقة بين الشه العصبي وكل من عوامل الشخصية الخمسة الكبرى والحالة الاجتماعية وذلك بتطبيق مقياس الشه العصبي من إعداد زينب شقير وقائمة العوامل الخمسة الكبرى في الشخصية وكشفت النتائج عن علاقة بين الشه والعصابية، والتفاني، والانفتاح على الخبرة، ولم تجد علاقة مع عاملي الانبساط، والوداعة، كما كشفت عن فروق في متوسطات الأداء على اختبار الشه العصبي بين المتزوجات وغير المتزوجات .

وفي العام نفسه قدمت الدخيل (٢٠٠٧) دراسة تهدف إلى البحث في علاقة صورة الجسد وفقدان الشهية العصبي والشه العصبي عن طريق تطبيق كل من مقياس صورة الجسد ومقياس فقدان الشهية العصبي ومقياس الشه العصبي على عينة من طالبات جامعة الملك سعود وكشفت النتائج عن وجود علاقة عكسية بين صورة الجسد وكل من الشه العصبي وفقدان الشهية العصبي

كما وجدت فروق دالة إحصائياً في صورة الجسد بين ذوات الشره العصبي وذوات فقدان الشهية العصبي لصالح ذوات فقدان الشهية العصبي وكذلك وجدت إختلاف في التركيب العملي لمقياس صورة الجسد بين المصابات بفقدان الشهية والشره العصبي. (ksu.edu.sa)

وعلى الصعيد العربي كانت أحدث دراسة مصرية نشرها غانم (٢٠٠٩) تهدف إلى فحص العلاقة بين الشره العصبي للأكل وكل من التقدير الذاتي للقلق وجوانب التشويه المعرفي لدى عينة من البدينات اللاتي يترددن على مراكز للتخسيس وعينة ضابطة من النساء غير البدينات، وقد تكونت عينة البدينات من ٤٦ امرأة والنساء غير البدينات من ٦٠ امرأة تراوحت أعمارهن ما بين ١٧ عاماً حتى ٤١ عاماً بمتوسط قدره ٢٩,٧٥ عاماً وانحراف معياري ٢,٨٥ عاماً وتم اختيارهن عشوائياً من منطقتي حلوان والمعادي، وشملت أدوات الدراسة اختبار الشره العصبي واختبار التقدير الذاتي للقلق وإستبانة الأحكام التلقائية عن الذات والمقابلة الشخصية المنظمة، والأخيرة تم تطبيقها فقط على عينة من النساء البدينات، وتم التوصل إلى مجموعة من النتائج منها أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين البدينات وغير البدينات في متغيرات الدراسة: الشره العصبي، التقدير الذاتي للقلق، والتشويه المعرفي، ووجود علاقة ارتباطية ما بين الشره العصبي والتقدير الذاتي للقلق وجوانب التشويه المعرفي لدى النساء البدينات ووجود علاقة ارتباطية بين لوم الذات والشره العصبي للأكل لدى عينة النساء غير البدينات.

وهناك دراسة فايد (٢٠٠٨) التي تهدف لفحص العلاقة بين الشره العصبي وكل من الكمالية، وشكل الجسد، والتقدير السلبي للذات، عن طريق تطبيق كل من مقياس الشره العصبي، ومقياس الكمالية، ومقياس شكل الجسد (جميعها من إعداد الباحث)، ومقياس تقدير الذات وهو أحد المقاييس الفرعية في استبيان تقدير الشخصية للكبار لرونالد رونر؛ على عينة من طالبات الجامعة بلغ عددها ٥٤٠ طالبة، تم إختيارهن بصورة عشوائية طبقية، وتراوحت أعمارهن ما بين (١٧- ١٨) عام وأكدت الدراسة على وجود علاقة جوهرية موجبة مباشرة بين الشره العصبي وكل من الكمالية وعدم الرضا عن شكل الجسد والتقدير السلبي للذات.

وفي دراسة أخرى لفايد (٢٠٠٨) تهدف إلى فحص طبيعة العلاقة بين كل من صورة الجسد والقلق الإجتماعي وفقدان الشهية العصبي كما تهتم بالتعرف على ما إذا كانت هنالك فروق بين الإناث ذوات الدرجات المنخفضة وذوات الدرجات المرتفعة على مقياس فقدان الشهية العصبي في بعض العوامل الأسرية (الإكتئاب لدى الآباء والعصابية لدى الأمهات) وبتطبيق كل من مقياس شكل الجسد ومقياس القلق الاجتماعي ومقياس فقدان الشهية العصبي على عينة من ١٥٠ مراهقة تراوحت أعمارهن بين ١٧ - ١٩ سنة كشفت النتائج عن وجود علاقة جوهرية موجبة بين عدم الرضا عن صورة الجسد وكل من القلق الإجتماعي وفقدان الشهية العصبي كما أثبتت أن ذوات الدرجات المرتفعة على مقياس فقدان الشهية العصبي يعانون من إكتئاب الآباء وعصابية الأمهات أكثر من ذوات الدرجات المنخفضة.

من مصر أيضاً قام الدسوقي (٢٠٠٧- ب) بدراسة تهدف إلى التحقق من تأثير كل من متغيري المستوى الاجتماعي والاقتصادي (المنخفض أو المرتفع) والحالة الغذائية (فقدان الشهية أو السواء) على تباين درجات أفراد العينة في كل من صورة الجسد والاكتئاب وتقدير الذات و الرهاب الاجتماعي وذلك بتطبيق قائمة كورنل للشخصية، ومقياس المستوى الاقتصادي

والاجتماعي للأسرة، ومقياس فقدان الشهية العصبي من إعداد الباحث، و إجراء مقابلات مع الحاصلين على أعلى الدرجات في أداء مقياس فقدان الشهية العصبي؛ على عينة قوامها ٦٠٠ طالبة من طالبات الفرقة الأولى بكلية الآداب جامعة المنوفية تتراوح أعمارهم الزمنية من ١٨ إلى ١٩ عام و كشفت النتائج أنه لا يوجد تأثير دال لكل من متغيري المستوى الاجتماعي (المرتفع أو المنخفض) والحالة الغذائية (فقد الشهية أو السواء) و التفاعل بينهما على تباين الدرجات التي حصل عليها الأفراد في كل من اختبار تجنب صورة الجسد وقائمة الاكتئاب ودليل تقدير الذات ومقياس الرهاب الاجتماعي، كما أظهرت النتائج أن ذوات فقدان الشهية العصبي يعانين من الاضطرابات النفسية المختلفة التي تتمثل في تشوه صورة الجسد والشعور بالاكتئاب وإنخفاض تقدير الذات والرهاب الاجتماعي، وكذلك أسفرت عن أن فقدان الشهية العصبي أكثر شيوعاً لدى الإناث ذوات المستويات الاجتماعية والاقتصادية المرتفعة.

وفي دراسة مماثلة وتوازي سابقتها؛ قام الدسوقي (٢٠٠٧- ج) كذلك بتطبيق نفس منهج الدراسة السابقة ومتغيراتها على اضطراب الشره العصبي، و أسفرت ايضاً عن نتائج مشابهة تماماً لسابقتها. نتائج كلا الدراستين تدعم الفرض الذي يقول بأن ذوي اضطرابات الأكل يعانون من اضطراب عصابي متعدد.

من الأردن أجرت فاخوري (٢٠٠٦) دراسة تهدف إلى التعرف على أشكال اضطرابات الأكل الشائعة لدى طالبات الصف العاشر في مدارس عمان الخاصة وعلاقتها بصورة الذات والقلق وعادات الأم الغذائية وبعض العوامل الديموغرافية وتألفت عينة الدراسة من ٨٤٣ طالبة تراوحت أعمارهن بين (١٤ - ١٦) سنة طبقت عليهم خمسة مقاييس (مقياس اضطرابات الأكل، ومقياس صورة الذات، ومقياس القلق، ومقياس ممارسة الرياضة للطالبات، ومقياس العادات الغذائية للأم) وأشارت النتائج إلى أن فقدان الشهية العصبي هو أكثر اضطرابات الأكل شيوعاً لدى الطالبات، وتزيد نسبة السمنة و النزعة نحو النحافة لدى الطالبات اللواتي تحمل أمهاتهن مؤهل الثانوية العامة فما فوق، ولم تجد الدراسة أية فروق في نسبة انتشار اضطرابات الأكل وفقاً لمتوسط دخل الأسرة، كما أكدت النتائج على وجود علاقات دالة إحصائياً بين اضطرابات الأكل وكل من صورة الذات، والقلق، و ممارسة الرياضة، ونفت وجود علاقة بين عادات الأم الغذائية واضطرابات الأكل .

وكذلك الشيخ علي (٢٠٠٥) أجرى دراسة تفسيرية تهدف إلى التعرف على مقدار التباين في درجات اضطرابات الأكل الذي تفسره متغيرات تقدير الذات المرتبط بالأكل، والفعالية الذاتية المرتبطة بالأكل، واكتئاب الأكل، وقلق الأكل، والإعلام، وضغط الرفاق، والصراعات الأسرية، وصورة الجسد، والقلق، والاكتئاب؛ مجتمعة تارة ومنفردة تارة أخرى. مقسماً كذلك درجات اضطرابات الأكل إلى درجات فرعية تمثل كلا من الشره والوعي بالأحاسيس الداخلية والنزعة نحو النحافة ومبيناً كذلك مقدار التباين الذي تفسره المتغيرات السابقة في درجاتها وذلك بأن قام بتطوير وتطبيق ٩ مقاييس لمتغيرات الدراسة على ٧٥٠ مراهقة تراوحت أعمارهن بين (١٥ - ١٨) مراهقة من طالبات مدارس عمان الخاصة، وباستخدام تحليل الانحدار المتعدد توصل الباحث إلى النتائج التالية: صورة الجسد واكتئاب الأكل وضغط الرفاق والإعلام قد فسرت مجتمعة ٦٦,٨% من التباين في اضطرابات الأكل ممثلاً بالدرجة الكلية وفسر القلق، وصورة الجسد، وضغط الرفاق، والاكتئاب؛ ٤٥% من التباين في بعد الوعي بالأحاسيس الداخلية من

مقياس اضطرابات الأكل، كما فسر القلق، وصورة الجسد، وضغط الرفاق؛ ٣٨% من التباين في بعد الشره من اضطرابات الأكل. الإعلام، وصورة الجسد، واكتئاب الأكل والصراعات الأسرية، وضغط الرفاق؛ فسروا ٥٤% من التباين في بعد النزعة للنحافة من مقياس اضطرابات الأكل. وأشارت النتائج إلى أن متغيرات الإعلام، وقلق الأكل، واكتئاب الأكل، وضغط الرفاق، وتقدير الذات المرتبط بالأكل؛ قد فسرت مجتمعة ٥٨% من التباين في صورة الجسد، والإعلام وحده أسهم في تفسير ٤٦% من هذا التباين. أفادت النتائج كذلك أن القلق يعتبر من أكثر المتغيرات المباشرة تأثيراً في اضطرابات الأكل، في حين كان الإعلام أقل المتغيرات المباشرة تأثيراً في اضطرابات الأكل، كذلك تبين أن التأثير المباشر لاكتئاب الأكل والإعلام على صورة الجسد أعلى من تأثيرهم على اضطرابات الأكل بشكل مباشر، وأن صورة الجسد تلعب دوراً وسيطاً في اضطرابات الأكل.

وبالنسبة لأحدث الدراسات الأجنبية في هذا الخصوص فهناك دراسة أسبانية في مدريد أجراها قويجارو ورفاقه (Guijarro et al, 2007) أكدت وجود علاقة بين نمط محدد من الشخصيات واضطرابات الأكل وذلك من خلال تطبيق قائمة محددات الشخصية المنقحة -NEO- PIR على عينة من ٩٥ فتاة من ذوات اضطرابات الأكل في عمر ١٧ و ١٨ سنة، وعينة ضابطة من العاديات في نفس العمر، وبينت النتائج حصول ذوات اضطرابات الأكل على درجات أعلى من العصائية، ودرجات أقل من الانفتاح. كما أظهرت فروق ملحوظة بين نمطي فقدان الشهية العصبي المقيد، والشره؛ حيث كان النمط المقيد أقل انفتاحاً من النمط الشره، وكلا النمطين من فقدان الشهية العصبي بصفة عامة أقل انفتاحاً من ذوات الشره العصبي. كما وُجِدَ أن ذوات فقدان الشهية العصبي أكثر ضبطاً للنفس من ذوات الشره العصبي اللواتي كُشفن عن مستوى أعلى من التهور والاندفاعية. هذه النتائج مشابهة لتلك التي تم الحصول عليها من قبل باحثين آخرين والتي تشير إلى أن هناك ملامح محددة لشخصية المصابين باضطرابات الأكل.

وهذه دراسة هولندية في العام نفسه لباركر وكولمبوس (Barker & Calambos, 2007) تهدف إلى إستكشاف القدرة التنبؤية لكل من الرضا عن صورة الجسد، والتحديات المرتبطة بالانتقال للجامعة؛ في الإصابة بفوضوية الأكل. عن طريق استخدام استبيان يتابع يومياً بشبكة الانترنت على عينة من طالبات السنة الأولى في الجامعة متوسط أعمارهن ١٨,٣ سنة. أظهرت النتائج أن المشاركات غير الراضيات عن أجسادهن بلغت احتمالية تعرضهن للاضطراب ثلاثة أضعاف المشاركات الأكثر رضا عن أجسادهن، كما بلغت احتمالية إصابة المشاركات القاطنات بعيداً عن أسرهن ثلاثة أضعاف احتمالية إصابة المشاركات القاطنات مع أسرهن. وأخيراً وُجِدَ أن سوء التكيف الاجتماعي في الجامعة يرتبط بزيادة احتمالية الإصابة باضطراب فوضوية الأكل. وتدعو الدراسة إلى المزيد من البحث في إستكشاف الدور الذي تلعبه تحديات الدخول إلى الجامعة والتكيف معها في الإصابة بالمشكلات النفسية المختلفة.

أيضاً دراسة ذكرتها الفايز (٢٠٠٦) وقام بها فوربوش وواطسون (Forbush & 2006) واتسون الهدف منها هو البحث عن السمات الشخصية لدى المصابات باضطرابات الأكل، وتكونت العينة من ١٤ مصابة بفقدان الشهية العصبي و ١١ مصابة باضطراب الشره العصبي تمت مقارنة بمجموعة من السويات ن= ٣١ ؛ باستخدام مقياس للشخصية؛ كشفت النتائج أن عينة المصابات باضطرابات الأكل أظهرت كبت لمشاعرهن سواء الايجابية أو السلبية، كما أظهرت

درجات مرتفعة من العدائية و العصابية، و كانوا أقل وعياً وإدراكاً لمشاعرهن وأحاسيسهن الداخلية، وأكثر وعياً وإدراكاً لأحاسيس ومشاعر الآخرين، كما أظهرت المصابات بالشره العصبي درجات أكثر ارتفاعاً على كبت المشاعر، والعصابية، و إدراك مشاعر الآخرين، والعدائية عند مقارنتهن بالمصابات بفقدان الشهية العصبي.

وفي دراسة ضخمة لويندرليتش ورفاقه (Wonderlich et al, 2005) أتبعنا منهج التحليل البعدي حيث أستخلصت نتائج الدراسات السابقة والأدب السيكولوجي حول العلاقة بين فقدان الشهية العصبي ومتغيرات الشخصية، مع أخذ الأساليب المنهجية لها بالاعتبار؛ فوجدت إتساق عدد من النتائج التي تؤكد على إرتفاع درجات الريبة والشك وضبط النفس ومخاوف النضج والزهة والنزعة للمثالية والكمال لدى المصابات بفقدان الشهية العصبي، كما كشفت عن تغاير في نتائج الدراسات المتعلقة بسمات أخرى في الشخصية. هذا يؤكد على أن هناك عدد من العوامل الشخصية تصلح لأن تكون منبئات باحتمالية الإصابة بفقدان الشهية العصبي ويمكن أن تستخدم في تشخيصه، وقدمت الدراسة نموذج مفاهيمي للعلاقات بين فقدان الشهية العصبي وعدد من متغيرات الشخصية.

دراسة لماير وجيلينغس (Meyer & Gillings, 2004) تهدف إلى البحث في دور عدم الثقة بالآباء ومعتقدات الأبناء تجاههم في الإصابة بالشره العصبي عن طريق تطبيق استبيان العلاقة الأبوية على عينة غير اكلينكية من ١٠٢ مصابة بالشره العصبي. أفادت النتائج أن عدم الثقة بالآباء (الريبة) كانت تلعب دور الوسيط بين أساليب التنشئة الأسرية الغير سوية، وجدة أعراض الشره العصبي.

و دراسة لليدو ورفاقه Lledo et al 2002 أوردتها الفايز (٢٠٠٧) عن الارتباط بين السلوكيات المندفعة المباشرة سواء كانت داخلية أم خارجية مع كل من الأمراض النفسية بشكل عام والشره العصبي للطعام بشكل خاص وذلك على عينة مكونة من ٣٠ امرأة، باستخدام مقياس محدد يشمل سلوك الشره العصبي للطعام، ويشمل الاضطرابات النفسية العامة، والسلوكيات المندفعة. أظهرت نتائج الدراسة أن هناك ارتباطاً ما بين الأمراض النفسية العامة والسلوكيات المندفعة المباشرة الداخلية مثل إيذاء الذات، في حين يوجد ارتباط ما بين اضطراب الشره العصبي و السلوكيات المندفعة الخارجية مثل السرقة والقيادة المتهوره.

كذلك ذكرت الفايز (٢٠٠٧) دراسة لجودت Godt 2001 تهدف للتعرف على الاضطرابات الشخصية لدى ذوي اضطرابات الأكل وذلك على عينة مكونة من ١٧٦ فتاة من المصابات باضطرابات الأكل، وتم استخدام مقياس اضطرابات الأكل بالإضافة إلى إجراء مقابلات اكلينكية. أظهرت نتائج الدراسة أن ٣٣ % من العينة أنطبقت عليهن المحكات التشخيصية لواحد على الأقل من اضطرابات الشخصية كما كان كل من اضطراب الشخصية الاعتمادية و التجنبية الأكثر شيوعاً في هذه العينة. وتوضح هذه الدراسة أن اضطرابات الشخصية تظهر لدى ذوي اضطرابات الأكل، حيث أن ١ من كل ٣ من المصابات باضطرابات الأكل تنطبق عليه محكات أحد اضطرابات الشخصية.

تعقيب الباحثة على البحوث والدراسات السابقة:

- على محور البحوث والدراسات التي تتعلق بانتشار اضطرابات الأكل:
 - على الصعيد العربي؛ أشارت دراسة الزغاليل من الأردن إلى عدم وجود فروق بين الجنسين (الذكور والإناث) في اتجاهات وسلوكيات الطلبة نحو الأكل، وهذا يناقض ما جاءت به أغلب الأدبيات في هذا المجال، بالرغم من أنها كشفت عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية في اتجاهات وسلوكيات الطلبة نحو الأكل تعزى لمتغيري المستوى الدراسي ومجال التخصص.
 - رأينا أن هنالك اختلاف كبير بين نتائج دراستين طُبقتا في العام نفسه (١٩٩٩) وهي؛ دراستي عبد الموجود وشقير هذه الاختلافات قد لا يبررها اختلاف العينات في نفس الثقافة والبلد، وبالنظر إلى الأدوات التي استخدمتها شقير في دراستها وجدت الباحثة مسوغاً للنسب العالية التي كشفت عنها؛ فشقير بنت أدوات دراستها استناداً للتعريف العام للاضطرابات وبعيداً عن المعايير الصعبة المقررة في الدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض النفسية والعقلية الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي.
 - نسب إنتشار اضطرابات الأكل التي كشفت عنها دراسة شقير تفيد بأن اضطراب فقدان الشهية العصبي أكثر شيوعاً من اضطراب الشره العصبي بخلاف ما جاءت به أغلب الدراسات على مستوى العالم ويمكننا أن نعزو ذلك إلى أن عينتها من صغار السن حيث تتراوح أعمارهم في الفترة (١١ - ١٩) والمراجع العلمية تشير إلى أن سن بدء الإضطراب في حالة فقدان الشهية العصبي أقل منه في حالة الشره العصبي والذي يبدأ في معظم الحالات مع بداية العقد الثالث من العمر.
 - على الصعيد الأجنبي؛ وبالرغم من التغيرات الجغرافي والثقافي للدراسات الواردة فقد كشفت النتائج عن نسب متقاربة، كما أن معظم الدراسات الحديثة قامت بغربة الأفراد على مرحلتين الأولى بتطبيق استبيان أو مقياس والثانية بإجراء مقابلات مع من حصلوا على أعلى الدرجات في المقياس وتعتبر هذه الطريقة المثلى للتشخيص.
 - هناك تفاوت في النسب قد لا يكون حقيقياً وصادقاً ويعزى إلى اختلافات ديموغرافية وثقافية بدرجة كلية؛ إنما قد يرجع جزء منه إلى اختلاف المعايير المستخدمة في التشخيص وتعريف كل اضطراب. وحيث أن اضطرابات الأكل وفدت حديثاً إلى الساحة العلمية؛ فلا يزال هناك عدم اتفاق على تعريف مُحدد لها، وهناك خلاف على المدى الذي يمكن الوقوف عنده واعتباره مرضياً، ولا زالت الجمعية الأمريكية للطب النفسي تُجري تعديلات مستمرة على موضوع اضطرابات الأكل في الإصدارات المتلاحقة من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية. وبصفة عامة نرى أن الأدوات المستخدمة في البحث إستندت إلى معايير مختلفة مثل معايير روسيل Russell، أو معايير الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية والعقلية في أحد إصداراته DSM، أو معايير التصنيف الدولي للأمراض الصادر عن منظمة الصحة العالمية في أحد إصداراته ICD.
 - معظم الدراسات استخدمت العينات من المراهقات في الجامعات والمدارس الثانوية وذلك لأن الأدب السيكولوجي في هذا الموضوع أثبت شيوعها لدى النساء في سن

المراقبة وندرتها لدى سواهم وهذا ما أكدته كذلك الدراسات التي استخدمت عينات من الجنسين.

- على الرغم من أن نسب ومعدلات انتشار اضطرابات الأكل التي أشارت إليها النتائج تُعد مرتفعة وتقترب من معدلات انتشار العديد من الأمراض النفسية الشائعة؛ ولكن لنا أن نتوقع أن النسب الحقيقية أعلى من ذلك إذا ما وضعنا في الاعتبار المصابين الذين أنكروا، أو أخفوا، أو قللوا من أهمية الأعراض التي يعانون منها، وهذا شيء معروف في تشخيص بعض الأمراض النفسية واضطرابات الأكل بصفة خاصة.
- نلاحظ أن أحدث الدراسات قللت من أثر العامل الثقافي والاجتماعي؛ بعكس الدراسات التي أجريت في الثمانينات وبدايات التسعينات؛ والتي تؤكد على أهمية العامل الثقافي والاجتماعي، وتثبت وجود اختلافات في نسب الانتشار تعزى للعرق والمنطقة الجغرافية؛ حيث كان من الشائع لدى المختصين في هذا الميدان أن اضطرابات الأكل تختص بذوات العرق الأبيض من نساء الدول الصناعية الكبرى، ولكن الدراسات الحديثة نفت ذلك، وأكدت وجودها في معظم الثقافات وبنسب متقاربة وأنها ليست مقتصرة على مكان دون آخر، والدارسات الحديثة كذلك لا تُعْتَبِر النزعة للرشاقة وإتباع المثل الغربي للجمال هي المحدد الرئيس لاضطرابات الأكل ولكنها في الوقت نفسه تؤكد على دوره كعامل من عوامل الإصابة بها.
- دراسات توليكس ونيمسوري 2004، وكورباشن ورفاقها 2005، ووايت وقريلو 2007؛ أثبتت أن اضطرابات الأكل أكثر شيوعاً في فئات معينة من الأفراد مثل: المدخنين، والمدمنين، وذوي المهن التي تتطلب رشاقة الجسد مثل رقص البالية، وهذا يدفعنا للتفكير في العوامل التي تجعل من أولئك أكثر عرضة للإصابة باضطرابات الأكل دون سواهم.

● على محور البحوث والدراسات التي تناولت سمات شخصية ذوي اضطرابات الأكل:

- يمكن القول بأن الدراسات على الصعيد المحلي (الفاييز، ٢٠٠٧ والدخيل، ٢٠٠٧) تعطي مؤشرات على وجود تلك الاضطرابات في المجتمع السعودي بنسب أستحقت الدراسة والبحث فيها بالرغم من كونها لا تقيس نسبة انتشارها.
- تؤكد دراسات الدسوقي ٢٠٠٧ على الصعيد العربي شيوع اضطرابات الأكل لدى المستويات الاقتصادية والاجتماعية المرتفعة من مجتمع دراسته، بعكس دراسة فأخوري ٢٠٠٦ في الأردن التي نفت وجود فروق في انتشار اضطرابات الأكل تعزى لمقدار الدخل الشهري للأسرة.
- تنوعت العينات المستخدمة للدراسات في هذا الإطار ما بين عينات اكلينكية (حالات تطلبت التدخل الطبي من المقيمين في المستشفيات أو المترددين على العيادات الخارجية)، وعينات غير اكلينكية مثل طلبة المدارس والجامعات؛ وهذا بالطبع يؤثر على صدق النتائج. إضافة إلى أن الأدوات المستخدمة كانت وسائل التقدير الذاتي التي لا تنجو هي الأخرى من بعض المزالق والعيوب المنهجية حيث أن نسبة غير قليلة من المفحوصين يستجيبون لها بعدم اهتمام.
- أجمعت الدراسات المحلية والعربية والأجنبية على ارتباط اضطرابات الأكل بعدد من متغيرات الشخصية، ووجود فروق دالة في مكونات الشخصية بين ذوي اضطرابات

الأكل والأسوياء مثل: انخفاض تقدير الذات، واضطراب صورة الجسد، والعصابية؛ على سبيل المثال لا الحصر.

- بعض الدراسات يشير إلى وجود فروق في مكونات الشخصية بين فئات اضطرابات الأكل المختلفة فنلاحظ تميز ذوي فقدان الشهية العصبي بالزهد و التحفظ وتميز ذوي الشره العصبي بالاندفاعية والتهور.
- بصفة عامة هناك تأكيد على أن مكوناً نفسياً ما يجعل الشخص أكثر استعداداً للإصابة باضطرابات الأكل يحاول هذا البحث الكشف عنه من خلال التعرف على طبيعة العلاقة بين الطبع القموي واضطرابات الأكل؛ تلك العلاقة التي غفل عنها الباحثين في هذا الإطار، بالرغم من أن هناك الكثير من المؤشرات تثير الشك حولها مثل الدراسات التي أكدت على علاقة اضطرابات الأكل بكل من الشك والاعتمادية والاندفاعية، وقد ذكر بارنستن (Bornstien, 1993) أن ١١ دراسة على الأقل بحثت في العلاقة بين الاعتمادية واضطرابات الأكل و نتائج هذه الدراسات كانت أكثر اتساقاً من نتائج الدراسات التي بحثت في العلاقة بين البدانة والاعتمادية؛ حيث أتفقت جميع النتائج على أن ذوي اضطرابات الأكل يظهرون مستوى عالي من الاعتمادية. واستناداً إلى سانسون وليفيت (Sansone & Levitt, 2006) نجد أن اضطراب الشخصية الاعتمادية من أكثر اضطرابات الشخصية شيوعاً لدى ذوي اضطرابات الأكل حيث يأتي في المرتبة الثانية أو الثالثة بفروق بسيطة من بعد اضطراب الشخصية الوسواسية في فئة اضطراب النمط الشره من فقدان الشهية العصبي وفئة اضطراب فوضوية الأكل ومن بعد اضطراب الشخصية الحدية في فئتي اضطراب النمط المقيد من فقدان الشهية العصبي واضطراب الشره العصبي.

الفصل الثالث

إجراءات البحث

- منهج البحث
- مجتمع البحث
- عينة البحث
- أدوات البحث
- أساليب المعالجة الإحصائية
- الخطوات الإجرائية

منهج البحث

وفقاً لأهداف البحث و في ظل الإمكانيات المتوفرة؛ يمكن وصف المنهج العلمي الذي تم إتباعه في ضوء أربعة أبعاد كالتالي:

- **من حيث حجم المبحوثين:** فالدراسة تتبع منهج دراسة العينة الاستقرائي الذي يقوم على مبدأ الوصول إلى تعميم من خلال دراسة جزء (العينة) من الأصل الكلي (المجتمع)
- **من حيث الهدف العلمي:** فالدراسة تجمع بين المنهج الوصفي الذي يهتم بوصف الظاهرة و المنهج التفسيري الذي يسعى لتفسيرها والحكم عليها وليس التنبؤ بها.
- **من حيث الزمن:** فالدراسة تتبع المنهج الامبريقي (التجريبي) الذي يتم فيه دراسة الوضع الراهن من خلال ايجاد حلول نظرية للمشكلة والإجابة على تساؤلاتها و جمع أدلة وشواهد حولها.
- **من حيث أسلوب تعامله مع المتغيرات:** ففي التساؤلين الأول والثالث يسلك المنهج المسحي حيث يتضمن إجراء مسح على عينة من أفراد المجتمع والتعرف على نسب انتشار ظاهرة ما، وفي التساؤل الثاني يسلك المنهج الارتباطي الذي يحدد مدى التلازم في التغير بين متغيرين (العلاقة بين الطبع الفموي واضطرابات الأكل)، وفي التساؤلين الرابع والخامس يسلك المنهج السببي المقارن الذي يبحث في احتمالية السببية في العلاقة بين متغيرين عن طريق المقارنة بين مجموعة يتوفر فيها المتغير المستقل ومجموعة أخرى لا يتوفر فيها، بحيث يكون المتغير واقع فعلاً، ويكون الباحث عاجزاً عن التحكم فيه. (صادق و أبو حطب، د.ت)

مجتمع البحث

يشمل مجتمع البحث الحالي والأصل الكلي له جميع طالبات مرحلة البكالوريوس في جامعة أم القرى بمكة المكرمة في العام الدراسي ٣٠-١٤٣١ هـ. ويبلغ عددهن ١٥,٥٧٣ طالبة موزعات على ٧ كليات و ٢٢ قسماً حسب إحصائية صادرة من عمادة القبول والتسجيل بالجامعة.

عينة البحث

تم سحب عينة تقدر بحوالي ٢% من الأصل الكلي بلغ عددها بعد إستبعاد الاستبانات التي لم تستوف الشروط ٣٢٢ طالبة تتراوح أعمارهن في الفترة العمرية (١٨ - ٢٩) سنة بمتوسط حسابي بلغ (٢٢,٦) سنة، وقد أستهدفت الباحثة الطالبات في محاضرات مادة القرآن الكريم وعدد من المواد التربوية التي تجمع طالبات من مختلف التخصصات والمستويات ويمكن بذلك تسمية طريقة إختيار العينة بـ (الطريقة العشوائية) لكونها تحقق شرطي التمثيل والمصادفة وتتيح لجميع عناصر الأصل الكلي فرصاً متكافئة للإختيار.

أدوات البحث

قامت الباحثة بإعداد إستبانتين لإستخدامها في قياس متغيرات البحث

أولاً: إستبانة اضطرابات الأكل

وتهدف إلى إعطاء درجة كلية للمفحوص تفيد بمدى معاناته من أعراض اضطرابات الأكل أولاً، ثم تسمية نوع الاضطراب الذي يعاني منه (الشره العصبي أو فقدان الشهية العصبي) ثانياً.

وقد تم إعداد هذه الاستبانة رغم توفر عدد من المقاييس العربية والأجنبية في هذا المجال وذلك لأن مصلحة البحث تقتضي إستخدام أداة تشخيصية تحقق الشروط التالية:

- ١ - يمكن إستخدامها كمياري تشخيصي في غريلة أفراد العينة وتصنيفهم إلى مصابين باضطرابات الأكل وأسوياء.
- ٢ - تعتمد على التعريف العام لاضطرابات الأكل وليس بالضرورة أن تلتزم بالمعايير التشخيصية المقررة من أي مؤسسة مختصة.
- ٣ - تقيس درجة المعاناة من أعراض اضطرابات الأكل وتتدرج درجة المعاناة من الأعراض على مستويات مختلفة بناء على استجابات المفحوصين عليها.
- ٤ - صالحة للتطبيق على المجموعات الاكلينكية وغير الاكلينكية.
- ٥ - تقوم بفرز المصابين باضطرابات الأكل إلى : مصابين بالشره العصبي، مصابين بفقدان الشهية العصبي و في الوقت ذاته تراعي التداخل بين أعراضهما.
- ٦ - قصيرة وسهلة الأداء لتضمن نسبة مرتفعة من العائد منها أثناء التطبيق وملائمة للإستخدام في البحوث العلمية.

وهذا ما حاولت الباحثة تحقيقه من خلال بناء إستبانة اضطرابات الأكل.

خطوات بناءها:

- ١- تحديد الأهداف التي وضعت لأجلها في كونها تستوفي جميع الشروط السالفة الذكر والحرص على أن تمضي بقية خطوات بناءها باتجاه تلك الأهداف.
- ٢- الإطلاع على عدد من المقاييس التشخيصية التي تخص الموضوع والاستفادة منها

جدول (٣): المقاييس النفسية التي تم الإطلاع عليها قبل بناء استبانة اضطرابات الأكل

| المقياس | تقنين | سنة الإصدار |
|--|----------------------|-------------|
| قائمة اضطراب الأكل- ٢ EDI-2 | عبدالرقيب البحيري | ٢٠٠٥ |
| اختبار اضطرابات الأكل - الشره العصبي | محمد النوبي محمد علي | ٢٠٠٥ |
| اختبار اتجاهات الأكل - فقدان الشهية العصبي | مجدي الدسوقي | ٢٠٠٥ |
| مقياس اضطراب صورة الجسد | مجدي الدسوقي | ٢٠٠٤ |
| استخبار شكل الجسد المعدل | مجدي الدسوقي | ٢٠٠٤ |
| مقياس الشره العصبي - البوليميا | زينب شقير | ١٩٩٩ |

- ٣ - تم بناء الهيكل الأساسي للإستبانة عن طريق تحديد الأبعاد و إختيار طريقة مبدئية للترميز بحيث تعرف الباحثة مسبقاً كيفية إحتساب الدرجة الكلية وكيف سيتم التصنيف من خلال الأبعاد الفرعية.
- ٤ - حصر جميع الأعراض المختلفة التي تغطي كل بعد من الأبعاد التي قررتها الباحثة وتحويلها إلى صيغة لغوية مناسبة للقياس.
- ٥ - المفاضلة بين العبارات باختيار أكثرها قدرة على التمييز بين المصابين والأسوياء وبناء صورة أولية من الاستبانة
- ٦ - عرض الصورة الأولية ملحقة بنبذة عن المتغيرات موضع القياس على عدد من المحكمين المتخصصين في علم النفس (ملحق - ١ -) لتقديم مقترحات وتقييم كل مفردة من حيث: انتماءها للبعد التي وضعت فيه، و ملائمتها للمجتمع المستهدف، سلامة محتواها، وضوح معناها، و صحة ترميزها ثم تم تصحيح الصورة الأولية بناء على إفادات المحكمين.
- ٧ - وزعت المفردات بصورة عشوائية ثم طبقت صورة تجريبية من الاستبانة على عينة من الشابات والمراهقات قوامها (٢٤) مفعوسة للتحقق من عدم وجود أي خلل في بناءها أو قصور في أداءها والتعرف على أي صعوبات قد تواجه الباحثة أثناء التطبيق ولتحديد درجة القطع (المحك) لأنه إذا سلمنا بأنه يمكننا التأكد من صياغة المفردات واختيار المناسب منها فإنه لا يمكننا الجزم بكيفية فهم أفراد المجتمع المستهدف للمقصود منها واستجابتهم لها بناء على ذلك، وقد تم إعادة النظر في صيغة بعض المفردات وإستبعاد أقلها فاعلية في التمييز ووضوحاً في المعنى كما تم تحديد درجة القطع.
- ٨ - طبقت الصورة التجريبية المعدلة على عينة قوامها (٣٠) طالبة من طالبات جامعة أم القرى للتحقق من الكفاءة السيكومترية للاستبانة.
- ٩ - أكتفت الباحثة بالصورة المعدلة كصورة نهائية دون أي تغييرات إضافية بعد ثبوت كفاءتها سيكومترياً. (ملحق - ٣ -)

وصفها:

إستبانة تشخيصية محكية المرجع تقيس أعراض اضطرابات الأكل على مستوى فنوي من القياس من خلال مجموعة من المفردات التقريرية التي تتضمن السلوكيات المميزة للمصابين باضطرابات الأكل واتجاهاتهم نحو الطعام ونحو أوزانهم وصورة أجسادهم يقابلها مقياس متدرج الشدة بطريقة ليكرت مكون من خمس بدائل تعبر عن مدى تواتر انطباق العبارة على المستجيب. تستهدف المراهقات والشابات بصفة خاصة وتصلح للاستخدام مع المجموعات غير الإكلينكية. يمكن تطبيقها جماعياً أو فردياً مع مراعاة التعليمات المدونة عليها. (ملحق - ٣ -)

و تتضمن أربعة أبعاد وزعت المفردات لتندرج تحتها كالتالي:

جدول (٤): توزيع مفردات استبانة اضطرابات الأكل وأبعادها

| اسم البعد | أرقام مفرداته | عددها |
|---------------------------|------------------------------------|-------|
| سلوك الشراهة في الأكل | ١ - ٢ - ٧ - ١١ - ١٢ - ١٦ - ١٩ - ٢٧ | ٨ |
| مظاهر العزوف عن الطعام | ٤ - ٦ - ٨ - ١٣ - ١٤ - ٢٣ - ٢٤ - ٢٨ | ٨ |
| عدم الرضا عن صورة الجسد | ٣ - ٩ - ١٥ - ١٨ - ٢٠ - ٢٥ | ٦ |
| ممارسة الأساليب التطهيرية | ٥ - ١٠ - ١٧ - ٢١ - ٢٢ - ٢٦ | ٦ |

ويلاحظ هنا أن الاستبانة لا تحتوي على أي مفردة عكسية تبعاً للعرف السائد في المقاييس الأكلينكية التشخيصية. لذلك نرى أن كل المفردات ايجابية ويتم معاملتها احصائياً وفقاً لمفتاح الترميز التالي:

جدول (٥): مفتاح ترميز استبانة اضطرابات الأكل

| فئة الاستجابة | دائماً | غالباً | أحياناً | نادراً | إطلاقاً |
|--------------------|--------|--------|---------|--------|---------|
| الترميز (ايجابي) | ٥ | ٤ | ٣ | ٢ | ١ |

مجموع درجات المفحوص فيها يعبر عن مدى احتمالية الإصابة باضطرابات الأكل و قد حُدِدت درجة القطع المُتلى (درجة المحك) والتي تعرف بحسب بيرك Berk بأنها " تلك الدرجة التي تزيد من نسبة التصنيفات الصحيحة وفي المقابل تقلل من نسبة التصنيفات الخاطئة " (التميمي، ١٩٩٩: ٢٥) بحيث أن الباحثة اعتبرت اختيار البديل - أحياناً - يمثل الحد الأدنى من مدى تواتر إنطباق المفردة على الشخص المصاب باضطرابات الأكل وبناء على ذلك ستحدد درجة القطع كما يلي:

درجة القطع = درجة الحد الأدنى من الاستجابة على المفردة × عدد مفردات الاستبانة

$$\text{درجة القطع} = ٢٨ \times ٣ = ٨٤$$

وبذلك كل من يحصل على درجة أعلى من درجة القطع (٨٤) يعتبر على مستوى من اضطرابات الأكل.

كما يمكن من خلال الاستبانة تصنيف الأفراد حسب نوع الاضطراب إلى: مصابين بالشره العصبي، ومصابين بفقدان الشهية العصبي عن طريق ٣ معايير:

- ١ - حصول الفرد على درجة أعلى من درجة القطع من خلال إستجابته على الاستبانة.
- ٢ - نمط السلوك الغالب: بحيث تتم المفاضلة في درجات بعدين من أبعاد الاستبانة (بعد سلوك الشراهة في الأكل - بعد مظاهر العزوف عن الطعام)

فدوو الشره العصبي يحصلون على درجة أعلى في بعد سلوك الشراهة في الأكل مقابل درجة أقل في بعد مظاهر العزوف عن الطعام، وذوو فقدان الشهية العصبي يحصلون على درجة أعلى في بعد مظاهر العزوف عن الطعام مقابل درجة أقل في بعد سلوك الشراهة في الأكل.

٣- مؤشر كتلة الجسد BMI: ويتم حسابه وفق المعادلة التالية:

$$\text{كتلة الجسد} = \frac{\text{الوزن (كجم)}}{\text{الطول (م)}^2}$$

يقع مؤشر كتلة الجسد الطبيعي ما بين (٢٠ - ٢٥)، أما الأقل من ٢٠ يدل على نقص في الوزن، والأكثر من ٢٥ يدل على زيادة في الوزن. ويستخدم مؤشر كتلة الجسد هنا بحيث أن ذوي فقدان الشهية العصبي يعانون من وزن دون الوزن الطبيعي بينما ذوو الشره العصبي يمتلكون أوزان طبيعية أو زائدة.

كفاءتها السيكومترية:

١- مؤشرات الصدق

أ. صدق التكوين

يفترض في هذه الاستبانة صدقها تكوينياً حيث أثبت المحكمون (ملحق - ١ -) مدى تمثيل المفردات للميدان الذي تقيسه وملامتها للمجتمع المستهدف وسلامتها اللغوية وجودتها التمييزية وصحة ترميزها.

ب. الصدق التجريبي التلازمي

تم استخدام قائمة اضطراب الأكل - ٢ (EDI-2) كمحك للإستدلال على الصدق التجريبي التلازمي من خلال معامل الارتباط بين درجاتها ودرجات هذه الاستبانة على العينة التجريبية.

وضع هذه القائمة جارنر وترجمها و قننها البحيري سنة ٢٠٠٥ تستخدم في المجالات الإكلينكية ولكن يصعب إستخدامها كأداة في البحث العلمي رغم أنها تتمتع بكفاءة سيكومترية جيدة. تهدف لقياس شدة اضطرابات الأكل إلا أنها لا تعطي تشخيصاً محدداً لأي من الإضطرابين (فقدان الشهية العصبي والشره العصبي). يمكن إستخدامها كوسيلة تشخيصية ووسيلة تقييمه حول مدى تقدم العلاج لذوي اضطرابات الأكل رغم أنها لا تهتم بقياس أعراض اضطرابات الأكل بشكل مباشر إنما تقيس سمات سيكولوجية و شخصية و مجموعة من الأعراض المرتبطة إكلينكياً باضطرابات الأكل من خلال (٩١) فقرة موزعة على (١١) مقياس فرعي تتمثل في: الدافع نحو النحافة، الشره العصبي، عدم الرضا عن الجسد، عدم الفعالية، المثالية، فقدان الثقة بالآخرين، الوعي بالمنبهات، مخاوف النضج، الزهد، ضبط الإندفاع، واضطراب الأمن الاجتماعي.

وبتطبيق إستبانة اضطرابات الأكل التي أعدتها الباحثة مع قائمة اضطرابات الأكل – ٢ التي استخدمت كمحك على أفراد العينة التجريبية بلغت قيمة معامل الارتباط بين درجتهما (٠,٨٦٤) وهي قيمة جيدة ودالة عند مستوى (٠,٠١) وتشير إلى وجود علاقة ارتباطية قوية بين الدرجات وتؤكد على قدرة الإستبانة على قياس ما وضعت لأجله.

ت. صدق المحتوى

للتحقق من صدق محتوى الاستبانة تم حساب معاملات الارتباط البينية لمكوناتها كالتالي:

أولاً: صدق البعد

لإختبار صدق الأبعاد تم الكشف عن الارتباط بين درجات كل بعد والدرجات الكلية للأستبانة كما يلي:

جدول (٦): نتائج ارتباط درجة كل بعد بالدرجة الكلية لاستبانة اضطرابات الأكل

| | | |
|--------------------------------------|----------------|--|
| **٠,٧٢١ | معامل الارتباط | البعد الأول (سلوك الشراهة في الأكل) |
| **٠,٦٠٣- | معامل الارتباط | البعد الثاني (مظاهر العزوف عن الطعام) |
| **٠,٨٤٧ | معامل الارتباط | البعد الثالث (عدم الرضا عن صورة الجسد) |
| **٠,٧١٩ | معامل الارتباط | البعد الرابع (ممارسة الاساليب التطهيرية) |
| ** معامل الارتباط دال عند مستوى ٠,٠١ | | |
| * معامل الارتباط دال عند مستوى ٠,٠٥ | | |

من الجدول أعلاه نلاحظ ارتباط بعد مظاهر العزوف عن الطعام عكسياً مع الدرجات الكلية للأستبانة وهذه نتيجة توقعتها الباحثة؛ لأنه أثناء عملية الترميز لاحظت شيوع أعراض الشراهة للطعام بنسبة كبيرة جداً بين أفراد العينة التجريبية و أن معظم الحاصلات على درجة أعلى من الإرباعي الأدنى للدرجات يلاحظ على استجاباتهم أنهم يظهرن سلوكيات واتجاهات نحو الطعام تعبر عن شراحتهم لذلك كان مقدار التزايد في الدرجة الكلية لدى أفراد العينة التجريبية محكوم بزيادة سلوكيات الشراهة في الأكل بالتحديد لأن مظاهر العزوف عن الطعام نادرة إلى حد كبير لدى أفراد العينة التجريبية لذا؛ ترى الباحثة أن الارتباط العكسي بين درجة بعد (مظاهر العزوف عن الطعام) لا يستلزم إستبعاد البعد ولا ينفى صلاحيته للقياس طالما أن الخلل مصدره العينة إنما يمكن أن يعد كمؤشر على صدق قياسه لبعد (سلوك الشراهة في الأكل). كما أن نتائج العينة الكلية والتي سنتضح فيما بعد أكدت قدرة الاستبانة على تشخيص حالات فقدان الشهية العصبي من خلال توافق قيمة مؤشر كتلة الجسد المنخفضة مع درجة كلية مرتفعة للأستبانة و درجة مرتفعة كذلك في بعد (مظاهر العزوف عن الطعام).

ثانياً: صدق المفردة

لاختبار صدق كل مفردة تم حساب معامل ارتباط درجات المفردة بدرجات البعد الذي تنتمي إليه وتتخلص نتائج هذا الإجراء في الجدول التالي:

جدول (٧): معاملات ارتباط كل مفردة بالبعد الذي تنتمي اليه في استبانة اضطرابات الأكل

| البعد الرابع ممارسة الأساليب التطهيرية | | البعد الثالث عدم الرضا عن صورة الجسد | | البعد الثاني مظاهر العزوف عن الطعام | | البعد الأول سلوك الشراهة في الأكل | |
|--|----------------|--|----------------|---|----------------|--------------------------------------|----------------|
| معامل الارتباط | رقم المفردة | معامل الارتباط | رقم المفردة | معامل الارتباط | رقم المفردة | معامل الارتباط | رقم المفردة |
| **٠,٨٢١ | ٥ | **٠,٥٦٤ | ٣ | **٠,٥٧٩ | ٤ | *٠,٤٣٩ | ١ |
| **٠,٧٤٣ | ١٠ | **٠,٦٩١ | ٩ | **٠,٨٢٢ | ٦ | **٠,٥٩٧ | ٢ |
| **٠,٦٩١ | ١٧ | **٠,٧٩٢ | ١٥ | **٠,٧٧٩ | ٨ | **٠,٦٧٦ | ٧ |
| *٠,٤٣٨ | ٢١ | **٠,٧٦٦ | ١٨ | **٠,٥٨٩ | ١٣ | **٠,٨٧٣ | ١١ |
| **٠,٦٩٤ | ٢٢ | **٠,٦٨٥ | ٢٠ | **٠,٨٣٦ | ١٤ | *٠,٤٤٢ | ١٢ |
| **٠,٧٨١ | ٢٦ | **٠,٧٦٤ | ٢٥ | **٠,٧٨٥ | ٢٣ | **٠,٧٩٤ | ١٦ |
| | | | | **٠,٦٨٧ | ٢٤ | **٠,٦٨٩ | ١٩ |
| | | | | **٠,٨٤٤ | ٢٨ | **٠,٧٥٨ | ٢٧ |

** معامل الارتباط دال عند مستوى ٠,٠١
* معامل الارتباط دال عند مستوى ٠,٠٥

ويلاحظ أن جميع قيم معاملات الارتباط دالة عند مستوى (٠,٠١) أو عند مستوى (٠,٠٥) ويمكن الثقة في قدرتها على القياس بنفس الطريقة التي تقيس بها الدرجة الكلية المتغير موضع القياس.

٢ - أدلة الثبات أ. الإتساق الداخلي

كدلالة على ثبات الاستبانة والاتساق الداخلي لمفرداتها كذلك تم إستخدام معامل كرونباخ الفا وهو متوسط معاملات الارتباط بين درجة كل مفردة والدرجة الكلية للاستبانة وقد بلغت قيمته في هذه الاستبانة (٠,٧٥٨) وهي قيمة جيدة ودالة عند مستوى (٠,٠١) وتدل على تمتع الاستبانة بدرجة مقبولة من الإتساق الداخلي.

ب. التجزئة النصفية

أكد سبيرمان وبراون سنة 1910 انه يمكن التنبؤ بمعامل ثبات أي اختبار إذا علمنا معامل ثبات نصفه أو أي جزء منه. فإذا أستطعنا أن نقسم أي اختبار إلى جزأين متكافئين ثم حسبنا معامل ارتباط الجزأين فإنه يمكننا أن نستعين بمعادلة تنبؤية في معرفة معامل الثبات الكلي للاختبار إذا افترضنا أن الجزأين متكافئين في كل النواحي. (السيد، ٢٠٠٦)

وفي هذا الإجراء تم تقسيم مفردات الاستبانة إلى نصفين ضم النصف الأول المفردات ذات الرقم الزوجي، والنصف الآخر المفردات ذات الرقم الفردي، وبحساب معامل الارتباط بين درجات نصفي الاستبانة وجد أنه يساوي (٠,٧٠٦) وبتصحيح هذا المعامل باستخدام معادلة سبيرمان-براون بلغ معامل الارتباط (٠,٨٢٧) وهي قيمة مطمئنة ودالة عند مستوى (٠,٠١). والتوزيع العشوائي للمفردات يضمن لنا إشتمال كل جزء على مفردات من الأبعاد الأربعة لهذه الاستبانة بالتالي نفترض تكافؤ الجزأين والتعامل مع كل جزء منها كاستبانة منفردة.

ثانياً: استبانة الطبع الفموي

تقيس مدى إتصاف الشخص بالطبع الفموي وقد تم إعداد هذه الاستبانة لعدم توفر مقاييس عربية أو أجنبية تخص هذا المتغير. والدراسات القديمة حوله أتمدت في قياسه على الاختبارات الإسقاطية إلا أن تفسير وترميز والتعرف على الدلالات الأكلينكية لإستجابات المفحوصين فيها ينبغي أن يتم من قبل شخص مُدرب ومؤهل لإستخدامها، كما أن الطبع الفموي كما عرفته الباحثة يتضمن سمات شخصية معروفة ويسهل إخضاعها للقياس على المستوى الفئوي لذا؛ فضلت الباحثة بناء استبانة لقياس الطبع الفموي لدى الشخص.

خطوات بناءها:

١ - حددت الأهداف التي وضعت لأجلها الاستبانة في كونها يجب أن تقيس الطبع الفموي ككل بحيث أنه إطار يجمع عدد من السمات توازر بعضها البعض لتعطي صورة كلية لنمط معين من الشخصيات ولا تهتم بقياس كل سمة على انفراد تبعاً لتعريف الطبع من منظور فرويد.

٢ - بعد الإطلاع على التراث السيكولوجي المتوفر حول الموضوع وضعت الباحثة تصوراً للشخصية ذات الطبع الفموي وحددت أبعادها التي يمكن إخضاعها للقياس والمؤشرات الدالة عليها والسمات التي تميزها عن غيرها.

- ٣- تم بناء الهيكل الأساسي للاستبانة بتحديد الأبعاد التي تمثل السمات الست بالإستناد على الإطار النظري.
- ٤- تحت كل بعد تم صياغة عدد من المفردات تمثل مؤشرات ودلائل على أن الشخصية تتسم بالسمة التي تمثل البعد وفضلت الباحثة أن تكون عباراتها على درجة كبيرة من العمومية لتشمل جوانب أكثر من سلوك المستجيب في معظم جوانب حياته اليومية.
- ٥- قامت الباحثة بالمفاضلة بين المفردات واختيار أكثرها قدرة على التمييز وبناء صورة أولية للاستبانة.
- ٦- عرضت الصورة الأولية من الاستبانة ملحقه بنبذة مختصرة عن المتغير موضع القياس على عدد من المحكمين المتخصصين في علم النفس (ملحق - ١ -) لتقديم مقترحات وتقييم كل مفردة من حيث: إنتماؤها للبعد التي وضعت فيه، وملائمتها للمجتمع المستهدف، سلامة محتواها، وضوح معناها، و صحة ترميزها ثم تم تصحيح الصورة الأولية بناء على إفادات المحكمين.
- ٧- وزعت المفردات بصورة عشوائية ثم طبقت صورة تجريبية من الاستبانة على عينة من الشابات والمراهقات قوامها (٢٤) مفعوسة للتحقق من عدم وجود أي خلل في بناءها أو قصور في أداءها والتعرف على أي صعوبات قد تواجه الباحثة أثناء التطبيق ولتحديد درجة القطع (المحك) وقد تم إعادة النظر في صيغة بعض المفردات وإستبعاد أقلها فاعلية في التمييز ووضوحاً في المعنى كما تم تحديد درجة القطع.
- ٨- طبقت الصورة التجريبية المعدلة على عينة قوامها (٣٠) طالبة من طالبات جامعة أم القرى للتحقق من الكفاءة السيكومترية للاستبانة.
- ٩- أكتفت الباحثة بالصورة المعدلة كصورة نهائية دون أي تغييرات إضافية بعد ثبوت كفاءتها سيكومترياً. (ملحق - ٤ -)

وصفها:

استبانة محكية المرجع تقيس مدى احتمالية إتصاف الشخص بالطبع الفموي من خلال مجموعة من المفردات التقريرية التي تتضمن سلوكيات ومشاعر واتجاهات تميز ذوو الطبع الفموي يقابلها مقياس متدرج الشدة بطريقة ليكرت مكون من خمس بدائل تعبر عن مدى تواتر إنطباق العبارة على المستجيب. يمكن تطبيقه جماعياً أو فردياً وعلى كلا الجنسين مع مراعاة التعليمات المدونة عليها.

الاستبانة تتضمن ٦ أبعاد كل بعد يمثل إحدى سمات الطبع الفموي المتفق عليها وتوزع المفردات في كل بعد كالتالي:

جدول (٨) : توزيع المفردات في استبانة الطبع الفموي وأبعادها

| اسم البعد | ارقام مفرداته | عددها |
|----------------------------|-------------------------------------|-------|
| الإعتمادية | ١ - ٧ - ١٣ - ١٩ - ٢٥ - ٣١ - ٣٧ - ٤٠ | ٨ |
| التشاؤم | ٢ - ٨ - ١٤ - ٢٠ - ٢٦ - ٣٢ | ٦ |
| عدم الثقة | ٣ - ٩ - ١٥ - ٢١ - ٢٧ - ٣٣ - ٣٨ - ٤١ | ٨ |
| نفاذ الصبر | ٤ - ١٠ - ١٦ - ٢٢ - ٢٨ - ٣٤ | ٦ |
| الحسد وعدم واقعية التوقعات | ٥ - ١١ - ١٧ - ٢٣ - ٢٩ - ٣٥ - ٣٩ | ٧ |
| قوة الدافع المعرفي | ٦ - ١٢ - ١٨ - ٢٤ - ٣٠ - ٣٦ | ٦ |

علماً بأن أرقام المفردات المحاطة بمربع وضعت معكوسة الصياغة وتم ترميزها عكسياً وفقاً لمفتاح الترميز التالي:

جدول (٩) : مفتاح ترميز استبانة الطبع الفموي

| فئة الاستجابة | دائماً | غالباً | أحياناً | نادراً | إطلاقاً |
|---------------|--------|--------|---------|--------|---------|
| ترميز ايجابي | ٥ | ٤ | ٣ | ٢ | ١ |
| ترميز سلبي | ١ | ٢ | ٣ | ٤ | ٥ |

المجموع الكلي للدرجات يعبر عن مدى احتمالية إتصاف الشخص بالطبع الفموي وقد تم تحديد درجة القطع بنفس الطريقة التي حددت بها في استبانة اضطرابات الأكل. وكانت تساوي (١٢٣) وبذلك كل من يحصل على درجة أعلى من درجة القطع يعتبر من ذوو الطبع الفموي.

كفاءتها السيكومترية:

٢ - مؤشرات الصدق

أ. صدق التكوين

يفترض في هذه الاستبانة صدقها تكوينياً حيث أثبت المحكمون (ملحق - ١ -) مدى تمثيل المفردات للميدان الذي تقيسه، وملائمتها للمجتمع المستهدف، وسلامتها اللغوية، وجودتها التمييزية، وصحة ترميزها.

ب. صدق المحتوى

للتحقق من صدق محتوى الاستبانة تم حساب معاملات الارتباط البينية لمكوناتها كالتالي:

أولاً: صدق البعد:

الارتباط بين درجة كل بعد والدرجة الكلية للاستبانة

جدول (١٠): نتائج ارتباط درجة كل بعد بالدرجة الكلية لاستبانة الطبع الفموي

| | | |
|---------|----------------|---|
| **٠,٧٢٥ | معامل الارتباط | البعد الأول (الاعتمادية) |
| **٠,٧٢٦ | معامل الارتباط | البعد الثاني (التشاؤم) |
| **٠,٩١٢ | معامل الارتباط | البعد الثالث (عدم الثقة) |
| **٠,٧٤٨ | معامل الارتباط | البعد الرابع (نفاذ الصبر) |
| **٠,٨٢٢ | معامل الارتباط | البعد الخامس (الحسد وعدم واقعية التوقعات) |
| *٠,٤٣٣ | معامل الارتباط | البعد السادس (قوة الدافع المعرفي) |

** معامل الارتباط دال عند مستوى ٠,٠١

* معامل الارتباط دال عند مستوى ٠,٠٥

ثانياً: صدق المفردة

تم حساب معامل ارتباط درجة كل مفردة بدرجة البعد الذي تنتمي اليه وتتلخص نتائج هذا الاجراء في الجدول التالي:

جدول (١١): معاملات ارتباط كل مفردة بالبعد الذي تنتمي اليه في استبانة الطبع الفموي

| البعد الأول الاعتمادية | | | | | | | | رقم المفردة |
|---------------------------|--------|---------|---------|---------|--------|---------|---------|-------------------|
| ٤٠ | ٣٧ | ٣١ | ٢٥ | ١٩ | ١٣ | ٧ | ١ | |
| **٠,٦٧٩ | *٠,٤٣٨ | **٠,٧٥٩ | **٠,٦٢٤ | **٠,٨٣٢ | *٠,٤٤٢ | **٠,٥٦٠ | **٠,٧٦٢ | معامل الارتباط |

| البعد الثاني التشاؤم | | | | | | |
|-------------------------|---------|---------|---------|--------|---------|----------------|
| ٣٢ | ٢٦ | ٢٠ | ١٤ | ٨ | ٢ | رقم المفردة |
| **٠,٨٣١ | **٠,٦٣١ | **٠,٧٢٤ | **٠,٧٦٤ | *٠,٤٣٧ | **٠,٦٤٢ | معامل الارتباط |

| البعد الثالث عدم الثقة | | | | | | |
|---------------------------|---------|---------|---------|---------|--------|----------------|
| ٣٣ | ٢٧ | ٢١ | ١٥ | ٩ | ٣ | رقم المفردة |
| **٠,٧٢٤ | **٠,٦٣٥ | **٠,٧٦٩ | **٠,٨٢٥ | **٠,٥٨٩ | *٠,٤٣٧ | معامل الارتباط |

| البعد الرابع نفاد الصبر | | | | | | |
|----------------------------|---------|--------|---------|---------|---------|----------------|
| ٣٤ | ٢٨ | ٢٢ | ١٦ | ١٠ | ٤ | رقم المفردة |
| **٠,٦٨١ | **٠,٥٩٤ | *٠,٤٣٧ | **٠,٧٩١ | **٠,٨٣٢ | **٠,٥٤٩ | معامل الارتباط |

| البعد الخامس الحسد المصحوب بعدم واقعية التوقعات | | | | | | |
|--|---------|---------|---------|---------|---------|-------------|
| ٣٩ | ٣٥ | ٢٩ | ٢٣ | ١٧ | ١١ | رقم المفردة |
| **٠,٨٤٦ | **٠,٧٢٤ | **٠,٦٢٧ | **٠,٥٤٩ | **٠,٧٢٤ | **٠,٦٨٧ | *٠,٤٣٣ |

| البعد السادس قوة الدافع المعرفي | | | | | | |
|------------------------------------|---------|---------|--------|--------|---------|----------------|
| ٣٦ | ٣٠ | ٢٤ | ١٨ | ١٢ | ٦ | رقم المفردة |
| **٠,٧٢٥ | **٠,٦٩٧ | **٠,٥٣٢ | *٠,٤٢٩ | *٠,٤٦٣ | **٠,٧٣٥ | معامل الارتباط |

* معامل الارتباط دال عند مستوى ٠,٠٥

** معامل الارتباط دال عند مستوى ٠,٠١

ت. الصدق التمييزي (بالمقارنة الطرفية)

يدل على فاعلية مفردات الاستبانة في التمييز بين الفئة التي قد تحصل على أعلى الدرجات و أقل الدرجات من المجتمع المستهدف ويستدل به على الصدق بقياس مستوى دلالة الفرق بين المتوسطات (اختبارات) للمجموعة العليا (الحاصلات على أعلى الدرجات) والمجموعة الدنيا (الحاصلات على أدنى الدرجات) وكانت النتائج المبينة في الجدول ادناه والتي توضح الاختلاف بين المجموعتين الطرفيتين في العينة التجريبية (ن = ٣٠):

جدول (١٢) : نتائج الصدق التمييزي لإستبانة الطبع الفموي

| المجموعات | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري | قيمة " ت " | مستوى الدلالة |
|--------------------------|-----------------|-------------------|------------|---------------|
| المجموعة العليا ن = ٨ | ١٤٨,٨٨ | ١١,٧٨ | ٩,٢٧ | ٠,٠١ |
| المجموعة الدنيا ن = ٨ | ١٠٣,٣٨ | ٧,٣٣ | | |

من خلال الجدول نلاحظ أن قيمة دلالة الفرق بين المتوسطين الحسابيين للمجموعة العليا والدنيا بلغ (٩,٢٧) وهي قيمة دالة عند مستوى (٠,٠١) أي أن الاستبانة قادرة على التمييز بين أفراد المجتمع في المتغير موضع القياس بشكل جيد.

٣ - أدلة الثبات

أ. الاتساق الداخلي

بحساب معامل كرونباخ الفا لهذه الاستبانة وجد أن قيمته تساوي (٠,٨٥٤) وهي قيمة مطمئنة ودالة عند مستوى (٠,٠١) في حدود العينة التجريبية.

ب. التجزئة النصفية

وفي هذا الإجراء تم تقسيم مفردات الاستبانة إلى نصفين ضم النصف الأول المفردات ذات الرقم الزوجي، والنصف الآخر المفردات ذات الرقم الفردي، وبحساب معامل الارتباط بين درجات نصف الاستبانة وجد أنه يساوي (٠,٧٦٣) وبتصحيح هذا المعامل باستخدام معادلة سبيرمان-بروان بلغ معامل الارتباط (٠,٨٦٥) وهي قيمة مطمئنة ودالة عند مستوى (٠,٠١). والتوزيع العشوائي للمفردات يضمن لنا إشمال كل جزء على مفردات من الأبعاد الأربعة لهذه الاستبانة بالتالي نفترض تكافؤ الجزأين والتعامل مع كل جزء منها كاستبانة منفردة.

أساليب المعالجة الإحصائية:

في ضوء أهداف البحث تم تحديد الأساليب الإحصائية اللازمة للإجابة عن التساؤلات التي يطرحها كالتالي:

جدول (١٣): أساليب المعالجة الإحصائية

| رقم التساؤل | الهدف منه | العينات | عددها | المتغيرات | عددها | مستوى قياسها | الأساليب الإحصائية الملائمة |
|-------------|---|-------------------------------|-------|---------------------|-------|--------------|---|
| ١ | التعرف على نسب انتشار اضطرابات الأكل | عينة من طالبات جامعة أم القرى | ١ | درجة اضطرابات الأكل | ١ | فئوي | - النسبة المئوية التكرارات - الرسوم البيانية |
| ٢ | تحديد مقدار الارتباط وتبيين اتجاه العلاقة | عينة من طالبات جامعة أم القرى | ١ | درجة اضطرابات الأكل | ١ | فئوي | معامل ارتباط بيرسون |
| | | | | درجة الطبع الفموي | | فئوي | |
| ٣ | التعرف على نسبة انتشار الطبع الفموي لدى المضطربات والسويات والكشف عن دلالة الفرق في النسب | عينة ذوات اضطرابات الأكل | ٢ | درجة الطبع الفموي | ١ | فئوي | - النسبة المئوية التكرارات - الرسوم البيانية - دلالة الفرق في النسب المئوية لمجموعتين |
| | | عينة السويات | | | | | |
| ٤ | الكشف عن الفروق في درجة الطبع الفموي | عينة ذوات اضطرابات الأكل | ٢ | درجة الطبع الفموي | ١ | فئوية | - دلالة الفرق في المتوسطات الحسابية لمجموعتين اختبار " ت " مربع معامل ايتا |
| | | عينة السويات | | | | | |
| ٥ | الكشف عن الفروق في درجة الطبع الفموي | عينة ذوات الشره العصبي | ٢ | درجة الطبع الفموي | ١ | فئوي | دلالة الفرق في المتوسطات الحسابية لمجموعتين اختبار " ت " |
| | | عينة ذوات فقدان الشهية العصبي | | | | | |

الخطوات الإجرائية

تحقيقاً لأهداف البحث فقد مضت الإجراءات على النحو التالي:

- ١- تجهيز الأدوات وتجريبها والحرص على أن تفي بمتطلبات البحث و أن تكون وسائل فعالة لتحقيق أهدافه.
- ٢- جمع الاستبانتيين في كراسة واحدة والتقديم لهما برسالة تتضمن تعليمات موحدة مع طلب ثلاث بيانات تخدم البحث وهي: العمر، الطول، والوزن، وللحصول على بيانات ذات مصداقية أكبر لم يتم طلب اسم المستجيب خاصة وان موضوع الأكل والوزن وسمات الشخصية تعد أمور حساسة وسرية بالنسبة للإناث عموماً. (ملحق - ٢ -)
- ٣- اختيار العينة وتطبيق الاستبانتيات، مع الحرص على تحقيق شرطي التمثيل والمصادفة لنضمن عشوائية الاختيار، وأثناء التطبيق تم تعريف الطالبات بموضوع البحث مع ترك الحرية لمن لا ترغب بالمشاركة ولتحفيز المشاركات على الاستجابة باهتمام تم إبلاغهن بأن بمقدور أي منهن الحصول على نتائجها بوضع رمز أو أسم مستعار على الكراسة ومراسلة الباحثة لاحقاً عبر البريد الإلكتروني المسجل في الرسالة المصاحبة.
- ٤- بعد الانتهاء من التطبيق بلغت نسبة العائد من الاستبانتيات ٣٨٧ وتم إستبعاد عدد منها لإغفال الاستجابة على بيانات هامة أو التحيز في الاستجابة لتصل العينة في آخر الأمر إلى ٣٢٢ طالبة، ثم جرى ترميز الاستجابات.
- ٥- قامت الباحثة بتفريغ البيانات بالحاسب الآلي وتمت معالجتها إحصائياً وفقاً لما تقتضيه تساؤلات البحث.
- ٦- إستخراج النتائج وعرضها ومناقشتها.

الفصل الرابع

مخرجات البحث

- عرض النتائج ومناقشتها
- الخاتمة
- التوصيات والمقترحات

عرض ومناقشة النتائج

التساؤل الأول

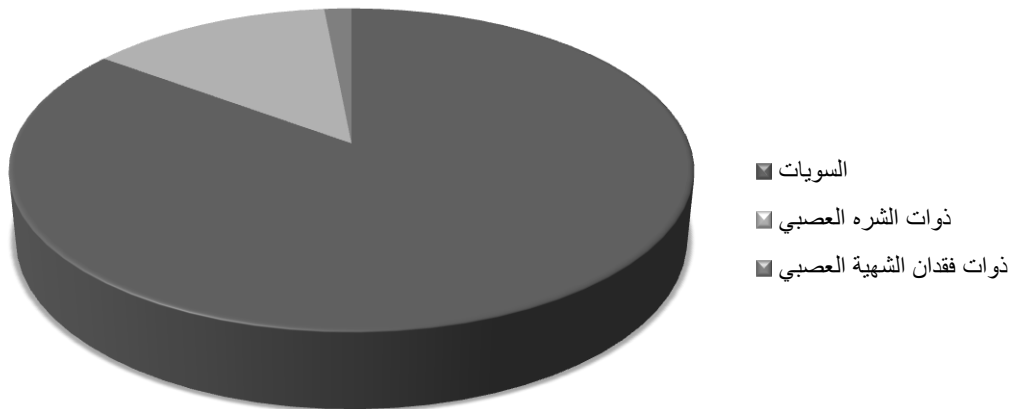
ما نسب إنتشار اضطرابات الأكل لدى طالبات جامعة أم القرى؟

وللإجابة على هذا التساؤل تم الكشف عن النسب المئوية لإنتشار اضطرابات الأكل في العينة بعد التعرف على تكرار ذوات اضطرابات الأكل والنتائج الخاصة بذلك موضحة في الجدول التالي:

جدول (١٤): نسب إنتشار إضطرابات الأكل لدى طالبات جامعة أم القرى

| العينة الكلية ن = ٣٢٢ | | |
|--------------------------|---------|--------------------------|
| النسبة المئوية | التكرار | المجموعة |
| ١٤,٩% | ٤٨ | ذوات اضطرابات الأكل |
| ١٣,٤% | ٤٣ | ذوات الشره العصبي |
| ١,٥% | ٥ | ذوات فقدان الشهية العصبي |

شكل (٥): إنتشار إضطرابات الأكل لدى طالبات جامعة أم القرى



عدد الحاصلات على درجة أعلى من درجة القطع على استبانة اضطرابات الأكل كان (٤٨) طالبة مقابل (٢٧٤) طالبة حصلن على درجة القطع فما دون، وبالاستعانة بأسلوبي التصنيف اللذين قررتهما الباحثة (مؤشر كتلة الجسد، ونمط السلوك الغالب) تم فرز الاستبانات إلى مجموعتين؛ فوجد أن معياري مؤشر كتلة الجسد المنخفض وغلبة مظاهر العزوف عن الطعام تنطبق على (٥) حالات منها، بينما مؤشر كتلة الجسد العادي أو المرتفع وغلبة سلوكيات الشراهة في الأكل تنطبق على (٤٣) حالة.

ذوات فقدان الشهية العصبي تراوحت أعمارهن في الفترة العمرية (١٩ - ٢٥) سنة بمتوسط حسابي مقداره (٢٢,٤) سنة بينما ذوات الشره العصبي تراوحت أعمارهن في الفترة (١٩ - ٢٩) سنة بمتوسط حسابي مقداره (٢٣,٥) سنة؛ وهذا يؤكد أن اضطراب فقدان الشهية العصبي ينتشر في أعمار مبكرة مقارنة باضطراب الشره العصبي كما أجمعت على ذلك المراجع العلمية المختصة بالموضوع، وكما أثبتت نتائج عبد الموجود (١٩٩٩).

النتائج تفيد أن اضطرابات الأكل عموماً تنتشر لدى طالبات جامعة أم القرى بنسبة تساوى (١٤,٩ %)، وينتشر اضطراب الشره العصبي تحديداً بنسبة تساوي (١٣,٤ %)، أما اضطراب فقدان الشهية العصبي فينتشر بنسبة تساوي (١,٥ %).

تعد هذه النسب كبيرة إلى حد ما وتؤكد شيوع هذه الاضطرابات في المجتمع المحلي بدرجة تستحق الدراسة والاهتمام، وتتمشى هذه النتيجة مع التيار الحديث من البحوث والدراسات على مستوى العالم الذي يؤكد على أن اضطرابات الأكل لا تقتصر على المجتمعات الغربية.

ونجد أن هذه النسب تتجاوز حدود انتشارها عالمياً (٠,٥ - ٣,٧ % انتشار فقدان الشهية العصبي و ١,١ - ٤,٢ % انتشار الشره العصبي) وقد يفسر ذلك في ضوء ٣ مبررات:

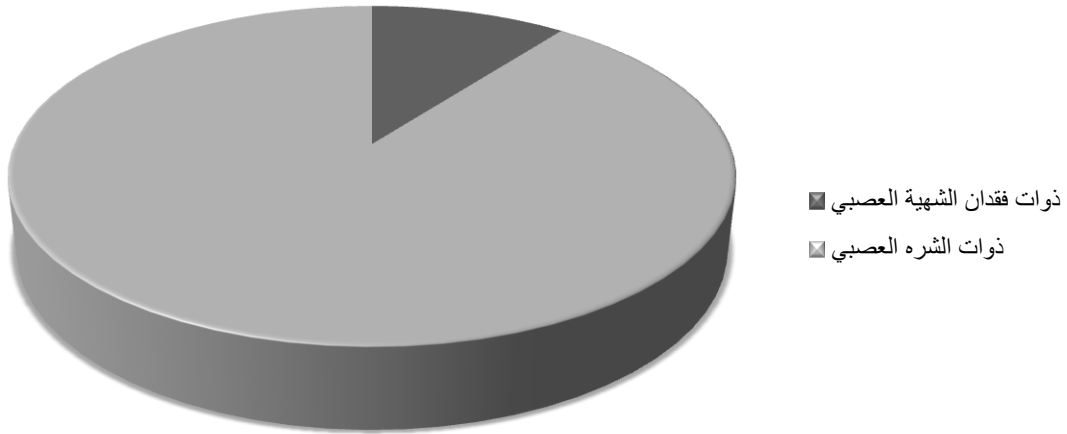
- لأن أداة البحث اعتمدت على التعريف العام لاضطرابات الأكل ووضعت معايير أقل صرامة من تلك التي اعتمدها بقية البحوث والدراسات؛ فنتائج البحوث التي اعتمدت على معايير الجمعية الأمريكية لعلم النفس APA في القياس كانت متنسقة إلى حد كبير وتتراوح في مدى ضيق من نسب الانتشار، وشقير (١٩٩٩) عندما تحررت من قيود المعايير الصارمة للـ APA كشفت عن نسب أعلى بكثير من النسب العالمية المتعارف عليها، كما أن ايبين ورفاقه (2006) في دراستهم على ٤٩٥ من المراهقات في الإمارات العربية المتحدة وجدوا أن نسبة المصابات باضطرابات الأكل ٢٣,٤ %، و ٢ % فقط منهن أستوفين المعايير التشخيصية لأحد فئاتها؛ وهذا يشير إلى أن صرامة المعايير قد تؤدي إلى إستخراج نسب قد لا تعبر عن النسب الحقيقية لمن يعانون من اضطرابات الأكل.
- لأن البحث تم تطبيقه على فئة من السكان تعتبر هي الأكثر عرضة لاضطرابات الأكل كما أكدت أدبيات البحث (الطالبات الجامعيات) لذا؛ من المتوقع أن نسبة اضطرابات الأكل لديهن ستكون أعلى مما لو طبق البحث مثلاً على الذكور أو فئة عمرية أكبر من النساء.
- تم تشخيص المصابات على مرحلة واحدة باستخدام الأداة المعدة لهذا البحث، ولعل النسب تنخفض لو تم غربلة العينة مرة أخرى باستخدام المقابلة كما جرت عليه عادة البحوث والدراسات الأجنبية في هذا المجال والتي لم تلجأ لها الباحثة نظراً للإمكانات المتاحة.

وبحساب النسبة المئوية لذوات فقدان الشهية العصبي وذوات الشره العصبي من مجموع ذوات اضطرابات الأكل وجد أنها كالتالي:

جدول (١٥): نسب توزيع الفئات الفرعية للاضطرابات لدى المضطربات

| عينة ذوات اضطرابات الأكل ن = ٤٨ | | |
|------------------------------------|---------|--------------------------|
| النسبة المئوية | التكرار | المجموعة |
| ١٠,٤٢ % | ٥ | ذوات فقدان الشهية العصبي |
| ٨٩,٥٨ % | ٤٣ | ذوات الشره العصبي |

شكل (٦): توزيع الفئات الفرعية للاضطرابات لدى المضطربات



وهذا يتفق مع ما جاء به الأدب السيكولوجي للموضوع في كون الشره العصبي أكثر شيوعاً من فقدان الشهية العصبي، وكما أكدت نتائج دراسة كوقو ورفاقه (2006) والتي طبقت على طالبات جامعات، إلا أن البحوث والدراسات التي طبقت على عينات من المراهقين صغار السن مثل دراسة شقير (١٩٩٩) في مصر، ودراسة ايسوما ورفاقه (2000) في غرب فنلندا جاءت بخلاف ذلك؛ وهذا قد يعود إلى أن الشره العصبي يبدأ غالباً في أوائل العقد الثالث من العمر وأقل من ٥% من الحالات هم من الأطفال والمراهقين دون الرابعة عشرة من العمر. وكذلك بعض البحوث التي اعتمدت في قياسها على المعايير الصارمة للجمعية الأمريكية لعلم النفس APA مثل دراسة عبدالموجود (١٩٩٩) في مصر، ودراسة توليكس ونيمسوري في هنغاريا (2004)؛ حيث من الصعب أن نجد كثير من حالات الشره العصبي ينطبق عليها شرط (حدوث نوبتين على الأقل في الأسبوع من فوضوية الأكل يعقبها سلوك تطهيري) فدراسة توليكس ونيمسوري سألته الذكر وجدت أن نسبة ٠,٦ % من الأفراد تنطبق عليهم معايير الشره العصبي تماماً و ٤,٥ % أدرجتهم تحت فئة حالات غير إكلينكية للشره العصبي و ٣,٦ % أدرجتهم تحت فئة محاكاة الشره العصبي، بينما كانت نسبة انتشار فقدان الشهية العصبي ٣ % ولم تضع له أي فئات أخرى، وقد يشير ذلك إلى أن معايير الشره العصبي أكثر صرامة من معايير فقدان الشهية العصبي من وجهة نظر بعض الباحثين.

التساؤل الثاني

هل توجد علاقة بين اضطرابات الأكل والطبع الفموي لدى طالبات جامعة أم القرى؟

للإجابة على هذا التساؤل تم حساب معامل ارتباط بيرسون بين درجات اضطرابات الأكل ودرجات الطبع الفموي والنتائج الخاصة بذلك مدونة في الجدول التالي:

جدول (١٦): العلاقة بين اضطرابات الأكل والطبع الفموي

| العينة الكلية ن = ٣٢٢ | | | | |
|--|-----------|---------|---------------|-------------------|
| العلاقة بين اضطرابات الأكل والطبع الفموي | | | | |
| قيمة معامل ارتباط بيرسون | درجة الشك | الدلالة | مستوى الدلالة | اتجاه العلاقة |
| ٠,٤٤٧ + | ٠,٠٠ | دالة | ٠,٠١ | ايجابية (طردية) |

للاستدلال على وجود علاقة بين اضطرابات الأكل والطبع الفموي تم قياس درجة الارتباط بين درجات الطبع الفموي ودرجات اضطرابات الأكل لدى العينة بواسطة معامل ارتباط بيرسون والذي أسفر عن وجود علاقة ارتباطية طردية دالة عند مستوى ٠,٠١ ؛ بمعنى أن هناك تغير اقتراني بينهما والتزايد في درجات الطبع الفموي يصحبه أو يرتبط به تزايد في درجات اضطرابات الأكل والعكس صحيح. كما أن العلاقة دالة عند (٠,٠١) أي أنها على مستوى عالي من الثقة؛ وهذا يعني أنه لو أجريت بحوث عديدة مماثلة في نفس المجتمع وعلى عينات من نفس الحجم وبنفس الأدوات فإن احتمالية أن تكون النتيجة التي سيحصل عليها الباحثون تشبه هذه النتيجة وبنفس مستوى الدلالة أو تتجاوزه تصل إلى ٩٩% بينما تقدر احتمالية حدوث غير ذلك بـ ١% فقط، وذلك لأن قيمة الخطأ المعياري (أقل من ٠,٠١) تحدد لنا مدى دقة القيم المحسوبة (معامل الارتباط لدى العينة) في تقدير قيم الأصل الإحصائي الكلي أو المجتمع (معامل الارتباط لدى المجتمع)، وفي هذه الحالة لنا أن نتوقع أن يختلف معامل ارتباطهما لدى العينة عنه لدى المجتمع بنسبة ١% فقط بينما نتوقع أن يتساويان بنسبة ٩٩% .

قيمة معامل بيرسون (٠,٤٤٧) أعلى بكثير من قيمة معامل الارتباط الجدولية عند مستوى ٠,٠١ إذا كان حجم العينة ٣٠٠ والتي تساوي ٠,١٤٨ وهذا يدل على وجود علاقة قوية إلى حد ما.

تبدو هذه النتيجة منطقية إلى حد كبير حيث أتفقت الدراسات والبحوث في هذا المجال على أن اضطرابات الأكل تظهر عادة عند نمط معين من الشخصيات يتسم بسمات نفسية محددة، وبالنظر إلى سمات ذلك النمط بشيء من الحذر والاستبصار سنجد أن هناك عدد من العوامل المشتركة بينه وبين الطبع الفموي سيتم تبيينها فيما يلي:

في سمة الاعتمادية:

- كما سبق وذكر كلاً من بارنستن (1993)؛ وسانسون وليفيت (2006) أن عدد ليس بقليل من البحوث والدراسات اتفقت على أن اضطرابات الأكل ترتبط بالاعتمادية .
- أورد الفايد (٢٠٠٨) في دراسته نقلاً عن نادزي وجاكسون Naduzzi & Jackson 2000 ؛ وبيرس وكوينلان Bers & Quinlan 1992 " أن من اللافت للنظر أن ترتبط الاعتمادية بالشهه العصبي وأن جميع الدراسات التي أجرت مقارنات بين ذوي الشهه العصبي وعينة ضابطة من الأسوياء كشفت عن فروق في الاعتمادية لصالح ذوي الشهه العصبي "
- إضافة إلى أن مخاوف النضج يمكن أن تعد مظهر من مظاهر الاعتمادية والتي اعتبرتها الدراسات إحدى المنبئات باحتمالية الإصابة باضطرابات الأكل وقد أكد كلاً من ويندرليتش ورفاقه (2005) على علاقتها بفقدان الشهية العصبي في دراستهم التي اتبعت المنهج البعدي واعتمدت على تحليل محتوى البحوث والدراسات السابقة في هذا المجال .

في سمة التشاؤمية:

- بالرجوع إلى الإطار النظري سنجد أن التشاؤم سمة تميز ذوي اضطرابات الأكل.
- ومن حيث أن الاكتئاب يرتبط إيجاباً بكل من التشاؤم واضطرابات الأكل كما أشارت نتائج كلاً من الدسوقي (٢٠٠٧ - ب ؛ ٢٠٠٧ - ج)؛ و عبدالموجود (١٩٩٩) فقد يلعب التشاؤم دوراً وسيطاً بين اضطرابات الأكل والإكتئاب.
- كما أن نتائج الفايز (٢٠٠٧) تشير إلى عدم وجود علاقة بين عامل الوداعة والشهه العصبي وبناء على نموذج عوامل الشخصية الخمس الكبرى فإن الشخص الذي يفتقر للوداعة شخص متشائم، شكاك، حذر، يتردد في المشاركة، منافس، عدواني، عقلائي، ومتعالي.

في سمة عدم الثقة:

- عرفت هذه السمة في هذا البحث بحيث تشمل الثقة بالنفس والثقة بالآخرين والثقة بالعالم
- فمن حيث الثقة بالنفس نجد أنها تتداخل في مفهومها مع تقدير الذات المنخفض والذي يرتبط بدوره مع اضطرابات الأكل كما أكد كلاً من: الفايد (٢٠٠٨)؛ والدسوقي (٢٠٠٧ - ب ؛ ٢٠٠٧ - ج)؛ وفاخوري (٢٠٠٦)؛ و عبدالموجود (١٩٩٩) الذي أورد ٢١ دراسة اتفقت نتائجها على وجود علاقة عكسية بين اضطرابات الأكل وتقدير الذات.
- بالنسبة للثقة بالآخرين فدراسة ويندرليتش (2005) ذات المنهج البعدي أكدت على ارتفاع درجة الشك والريبة لدى المصابين بفقدان الشهية العصبي، إضافة إلى أن نتائج دراسة ماير وجيلينفس (2004) ربطت عدم الثقة بالآباء بحدة أعراض الشهه العصبي.
- ومن ناحية الثقة بالعالم والتي تتداخل في تعريفها مع الإحساس بالأمن النفسي فقد ذكر الفايد (٢٠٠٨) دراسة لفيليبس وويلزلنسكي Phelips & Wilczlinski 1993 تفيد بأن ذوات فقدان الشهية العصبي يعانون من الشعور بعدم الأمن النفسي.

في سمة نفاذ الصبر:

- كشفت نتائج الفايز (٢٠٠٧) عن وجود علاقة دالة احصائياً بين العصابية كعامل من عوامل الشخصية الخمس الكبرى والشرة العصبي، والشخص العصابي وفقاً لهذا النموذج هو شخص قلق، غير مرتاح، سريع الشعور بالغضب، يفقد عزمته بسرعة، يسهل إستثارته، يعاني من صعوبة في التكيف، وعدم القدرة على تحمل الضغوط.
- أما بالنسبة لذوات فقدان الشهية العصبي فقد يعبر نفاذ الصبر عن نفسه عن طريق الغضب فالغضب إنفعال يلزم المصابين بفقدان الشهية العصبي وتتميز به شخصياتهم كما ورد في الإطار النظري، كما أن دراسة فيليبس وويلزلسكي سألقة الذكر أشارت إلى أن ذوات فقدان الشهية العصبي يعانون من عدم القدرة على التحكم في نوبات الغضب.

في سمة الحسد المصحوب بعدم واقعية التوقعات:

- تتداخل هذه السمة في مفهومها مع عدد من السمات التي ثبت ارتباطها باضطرابات الأكل مثل الكمالية (المثالية)، وعدم الرضا عن الحياة وعن الذات والتي جعل منهما سلاذ ١٩٨٢ بعدين أساسين من ضمن ٣ أبعاد مسببة لفقدان الشهية العصبي في نموذج التحليل الوظيفي الذي وضعه بهدف تفسير ذلك الاضطراب.
- كما وُجِدَ في دراسة لكوساك Kosak 1983 أن المصابين بالشرة العصبي يعانون من تناقض شديد بين الذات الواقعية والذات المثالية (عبدالموجود، ١٩٩٩)
- إضافة إلى أن الحسد يعد مصدراً للعدائية وقد كشفت دراسة فوربوش وواطسون (2006) عن ارتفاع درجة العدائية والعصابية لدى المصابين باضطرابات الأكل.

في سمة قوة الدافع المعرفي:

- الدافع المعرفي القوي يعتبر أحد مكونات عامل الانفتاح على الخبرة من عوامل الشخصية الخمس الكبرى والذي كشفت الفايز (٢٠٠٧) عن ارتباطه ايجاباً بالشرة العصبي.
- كما أن ذوي فقدان الشهية العصبي يتصفون بأداء أكاديمي مرتفع ونضج عقلي مبكر ونشاط الدافع المعرفي كما جاء في الإطار النظري.

واخيراً:

فإن قائمة اضطرابات الأكل- ٢ التي أستخدمت كمحك لصدق أداة هذا البحث تكونت من عدد من السمات التي أكدت الدراسات والبحوث في هذا المجال أنه يمكن استخدامها كمنبئات باضطرابات الأكل والتي كان من بينها : مخاوف النضج، المثالية، عدم الثقة بالآخرين، واضطراب الأمن الاجتماعي والتي يمكن كذلك أن تدرج ضمن سمات الطبع الفموي.

التساؤل الثالث

ما نسبة انتشار الطبع الفموي لدى ذوات اضطرابات الأكل من طالبات جامعة أم القرى؟

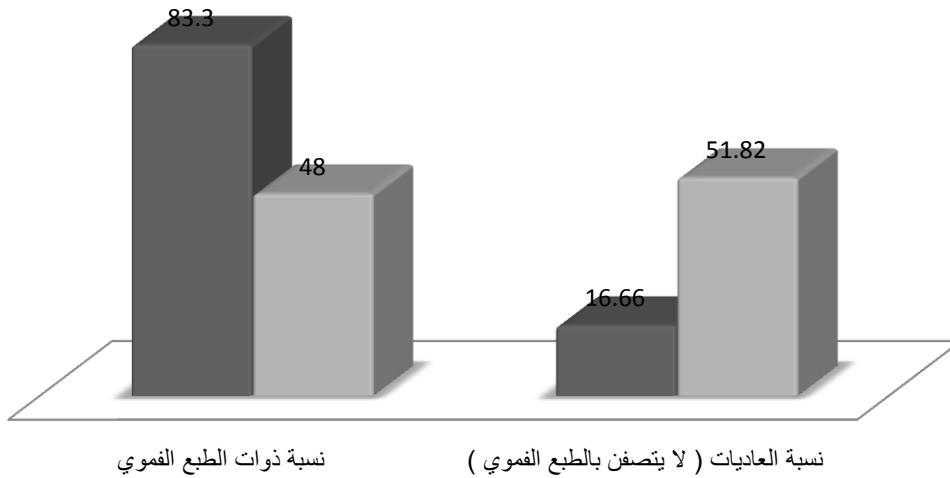
للإجابة على هذا التساؤل تم إيجاد النسبة المئوية للطبع الفموي لدى كل من السويات وذوات اضطرابات الأكل من أفراد العينة ثم الكشف عن دلالة الفرق بينهما والنتائج الخاصة بذلك موضحة في الجدول التالي:

جدول (١٧): نسب إنتشار الطبع الفموي

| مستوى الدلالة | دلالتها | النسبة الحرجة للفرق | عينة السويات ن = ٢٧٤ | | عينة ذوات اضطرابات الأكل ن = ٤٨ | |
|---------------|---------|---------------------|-------------------------|-------------------|------------------------------------|-------------------|
| | | | ذوات الطبع الفموي | ذوات الطبع الفموي | ذوات الطبع الفموي | ذوات الطبع الفموي |
| ٠,٠١ | دالة | %٦,٨١ | النسبة المئوية | التكرار | النسبة المئوية | التكرار |
| | | | %٤٨,٢ | ١٣٢ | %٨٣,٣ | ٤٠ |

شكل (٧): إنتشار الطبع الفموي

■ السويات ■ ذوات اضطرابات الأكل



للتعرف على مدى شيوع الطبع الفموي لدى ذوات اضطرابات الأكل في جامعة أم القرى تم إستخراج تكرار الحاصلات على درجة أعلى من درجة القطع على استبانة الطبع الفموي والذي يساوي (٤٠) أي أن نسبة انتشار الطبع الفموي لدى ذوات اضطرابات الأكل من الطالبات تقدر بـ (٨٣,٣ %) وهي نسبة مرتفعة، إلا أن الباحثة فضلت الحكم عليها في ضوء مقارنتها بنسبة انتشاره لدى السويات، ثم إيجاد دلالة الفرق بين النسبتين المئويتين.

فوجدت أن تكرار الحاصلات على درجة أعلى من درجة القطع من السويات كان (١٣٢) وتقدر النسبة المئوية لهن بـ (٤٨,٢ %) وباستخراج النسبة المئوية للفرق بين النسبتين المئويتين وجد أن قيمة الفرق تساوي (٦,٨١) وهي قيمة دالة احصائياً عند مستوى (٠,٠١).

أي أن نسبة إنتشار الطبع الفموي لدى ذوات اضطرابات الأكل أكثر ارتفاعاً منها لدى السويات بفارق دال احصائياً عند مستوى ٠,٠١ وهذه النتيجة تدعم سابقتها في التساؤل الثاني لأن تواتر ظهور الطبع الفموي لدى ذوات اضطرابات الأكل بصورة أكبر من ظهوره لدى السويات يؤكد وجود علاقة بين اضطرابات الأكل والطبع الفموي.

كما تشير النتيجة إلى أن نسبة مرتفعة من ذوي الطبع الفموي قد يكونون أكثر عرضة للاصابة باضطرابات الأكل مقارنة بمن لا تتصف شخصياتهم بالطبع الفموي.

التساؤل الرابع

هل هناك فروق في درجات الطبع الفموي بين ذوات اضطرابات الأكل والسويات من طالبات جامعة أم القرى؟

للإجابة عن هذا التساؤل تم إيجاد دلالة الفرق بين متوسطين حسابيين والنتائج الخاصة بهذا التساؤل مدونة في الجدول التالي:

جدول (١٨): الفروق في درجات الطبع الفموي بين ذوات اضطرابات الأكل والسويات

| المجموعات | المتوسط | الانحراف المعياري | درجة الحرية | قيمة " ت " | الدلالة | مستوى الدلالة |
|-------------------------------|---------|-------------------|-------------|------------|---------|---------------|
| السويات ن = ٢٧٤ | ١٢٣,٥٢ | ٢٠,١١ | ٣٢٠ | ٤,٨٨ | دالة | ٠,٠١ |
| ذوات اضطرابات الأكل ن = ٤٨ | ١٣٨,٦٠ | ١٧,٦٣ | | | | |

الكشف عن الارتباط بين الطبع الفموي واضطرابات الأكل لا يقدم لنا تفسيراً كافياً لطبيعة العلاقة بينهما، وهل من الممكن أن يكون الارتباط ناشئاً من كون العلاقة بصورة (السبب - الأثر) بمعنى هل هناك احتمال أن يكون الطبع الفموي أحد أسباب اضطرابات الأكل؟

كمؤشر للسببية تم استخدام أسلوب المقارنة بين السويات والمضطربات في درجات الطبع الفموي فوجد أن المتوسط الحسابي لدرجات السويات في الطبع الفموي يساوي (١٢٣,٥٢) بمعنى أن درجات السويات تنزع للتمرکز حول درجة القطع نفسها، بينما في حالة المضطربات كانت تنزع للتمرکز حول الدرجة (١٣٨,٦٠) والتي تزيد عن درجة القطع بحوالي ١٥ درجة، ومن قيم الانحراف المعياري للمجموعتين يتبين لنا أن درجات مجموعة السويات أكثر تشتتاً (تباعداً عن متوسطها الحسابي) من درجات ذوات اضطرابات الأكل.

وبمقارنة المتوسطين عن طريق اختبار " ت " وجد أن قيمة " ت " تساوي (٤,٨٨) وهي دالة عند مستوى (٠,٠١) أي أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية في درجات الطبع الفموي بين السويات وذوات اضطرابات الأكل لصالح ذوات اضطرابات الأكل.

لكن الدلالة الإحصائية للفرق بين المجموعتين ليست كافية لبيان أهمية ذلك الفرق ومدى تأثير التغيرات في درجات اضطرابات الأكل على التغيرات في درجات الطبع الفموي والتحقق من أن هذا التأثير حقيقي أم يرجع للصدفة؟ وما حجم هذا التأثير؟ (الدردير، ٢٠٠٦) وهل هو كبير بدرجة كافية بحيث يمكن من خلاله الاستدلال على وجود علاقة سببية محتملة؟

لذا؛ تم اللجوء الى أحد الأساليب الإحصائية المكملة للدلالة الاحصائية لاختبار " ت " وهو مربع معامل إيتا (η^2)؛ فوجد أن قيمته تساوي (٦,٩ %) وهذا يشير إلى أن لدرجات اضطرابات الأكل تأثير حقيقي على تباين درجات الطبع الفموي.

وهذه النتيجة كذلك تدعم سابقتها وتؤكد العلاقة بين اضطرابات الأكل والطبع الفموي إضافة إلى أنها تشير إلى احتمال أن تكون العلاقة سببية في طبيعتها.

التساؤل الخامس

هل هناك فروق في درجات الطبع الفموي بين ذوات فقدان الشهية العصبي و ذوات الشره العصبي من طالبات جامعة أم القرى؟

للإجابة عن هذا التساؤل تم إيجاد دلالة الفرق بين متوسطين حسابيين والنتائج الخاصة بهذا التساؤل مدونة في الجدول التالي:

جدول (١٩): الفروق في درجات الطبع الفموي بين ذوات الشره العصبي وذوات فقدان الشهية العصبي

| المجموعات | المتوسط | الانحراف المعياري | درجة الحرية | قيمة " ت " | درجة الشك | الدلالة |
|-----------------------------------|---------|-------------------|-------------|------------|-----------|----------|
| ذوات الشره العصبي ن = ٤٣ | ١٣٦,٩٥ | ١٧,٧٧ | ٤٦ | ١,٩٦ | ٠,٠٥٦ | غير دالة |
| ذوات فقدان الشهية العصبي ن = ٥ | ١٥٢,٨٠ | ٧,٣٩ | | | | |

للحصول على تصور أكثر وضوحاً حول العلاقة بين الطبع الفموي واضطرابات الأكل ينبغي لنا أن نعرف إذا ما كان السبب (الطبع الفموي) يؤثر على أحد فئتي الأثر (اضطرابات الأكل) دوناً عن الأخرى لذا ؛ تم المقارنة في درجات الطبع الفموي بين ذوات الشره العصبي وذوات فقدان الشهية العصبي.

ووجد أن المتوسط الحسابي لدرجات الطبع الفموي لدى ذوات الشره العصبي كان (١٣٦,٥٩) والذي يزيد عن درجة القطع بحوالي ١٤ درجة بينما المتوسط الحسابي لذوات فقدان الشهية العصبي كان (١٥٢,٨٠) والذي يزيد عن درجة القطع بحوالي ٣٠ درجة، وبالرغم من أن حجم عينة ذوات فقدان الشهية العصبي صغير جداً مقارنة بذوات الشره العصبي إلا أن درجاتهن كانت أقل تشتتاً بالنظر إلى قيمة الانحراف المعياري لكلا المجموعتين.

وباختبار الفرق بين المتوسطين عن طريق إيجاد قيمة " ت " وجد أنها تساوي (١,٩٦) وهي قيمة غير دالة احصائياً لأن درجة الشك أعلى من (٠,٠٥٠)؛ بمعنى أنه لا توجد فروق في درجات الطبع الفموي يمكن أن تعود إلى اختلاف الفئة الفرعية لاضطراب الأكل إذا ما كانت شره عصبي أو فقدان شهية عصبي.

لكن الباحثة هنا ترى أن تترك الإجابة على هذا التساؤل مفتوحة وتفضل عدم إتخاذ قرار بخصوص قبول الفرض الصفري أو رفضه خشية الوقوع في الخطأ من النوع الثاني (الخطأ β) والذي يعني قبول الفرض الصفري رغم أنه خاطئ في الواقع، و يعود إلى حجم العينة المتوفرة وتباين درجاتها؛ حيث أن عدد المصابات بفقدان الشهية العصبي ٥ فقط، كما أن القيم توحى بوجود

فروق، ولأجل إتخاذ القرار الملائم والوصول إلى إجابة لهذا التساؤل على درجة عالية من الثقة توصي الباحثة باختبار الفرض الآتي على عينة ذات حجم أكبر:

(لا توجد علاقة ذات دلالة احصائية عند مستوى ٠,٠٥ في درجات الطبع الفموي بين ذوات فقدان الشهية العصبي وذوات الشره العصبي من طالبات جامعة ام القرى.)

الخاتمة

نظرة شمولية للنتائج

تحقيقاً لأهداف البحث تم تحديد نسب انتشار اضطرابات الأكل لدى طالبات جامعة أم القرى حيث كانت نسبة انتشار الشره العصبي (١٣,٤ %) بينما نسبة انتشار فقدان الشهية العصبي (١,٥ %) والنسبة الكلية لاضطرابات الأكل هي (١٤,٩ %).

كما تم وصف طبيعة العلاقة وذلك بالتعرف على اتجاه وقوة الارتباط بين متغيري البحث (اضطرابات الأكل، الطبع الفموي) فوجد أن بينهما علاقة ارتباطية طردية دالة عند مستوى (٠,٠١) كما وجد أن الطبع الفموي ينتشر بنسبة (٨٣,٣ %) لدى ذوات اضطرابات الأكل من طالبات جامعة أم القرى وهي نسبة كبيرة وهناك فارق دال إحصائياً عند (٠,٠١) بينها وبين نسبة انتشاره لدى السويات من الطالبات والتي بلغت (٤٨,٢ %).

وللإستدلال على نوع العلاقة تم الكشف عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠,٠١) بين متوسطي الطبع الفموي لدى مجموعة ذوات اضطرابات الأكل والسويات من الطالبات، كما تم التحقق من وجود تأثير حقيقي لتباين درجات اضطرابات الأكل على تباين درجات الطبع الفموي، وهذا يشير إلى وجود علاقة سببية محتملة بينهما.

وللحصول على تصور أكثر وضوحاً لتلك العلاقة والتعرف على كيفية تأثير الطبع الفموي على سلوك الأكل لدى المضطربات؛ كان من المفترض الكشف عما إذا كان هناك فروق في الطبع الفموي بين فرعي اضطرابات الأكل (فقدان الشهية - الشره العصبي) لكن حجم عينة المصابات بفقدان الشهية العصبي كان صغيراً، فضلت الباحثة التخلي عن هذا الهدف وترك الإجابة على التساؤل الخامس مفتوحة خشية إعطاء نتيجة مضللة والوقوع في الخطأ من النوع الثاني (الخطأ بيتا β) والذي يعني قبول الفرض الصفري كإجابة للتساؤل رغم كونه خاطئ في الواقع و يعود إلى حجم العينة المتوفرة وتباين درجاتها.

وفي ضوء تلك النتائج؛ نرى أن الطبع الفموي ربما يمثل المكون النفسي الخفي الذي يميز الأشخاص الأكثر عرضة للإصابة باضطرابات الأكل والعامل المشترك الذي يجمع بين تراكبيهم النفسية حيث أنه يشبه في تكوينه نمط الشخصية الذي يظهر لدى ذوي اضطرابات الأكل وأكدته سلسلة من الأبحاث في هذا المجال.

وبناء على ذلك؛ يتجلى إنعكاس خبرة الرضاعة على مشكلة من مشكلات المراهقة والشباب وربما صدقت النبوءة الفرويدية وكانت اضطرابات الأكل إحدى الممارسات الفموية التي يلجأ لها المثبتين في المرحلة الفموية ، فتمثل سلوكيات قهرية تعبر عن حاجة سيكولوجية لم يكتمل إشباعها في الطفولة.

إلا أن الباحثة تنوه إلى أنه لا يمكن من خلال هذه النتائج الجزم بالتفسير الفرويدي لاضطرابات الأكل، و ترى في الوقت نفسه بأن الطبع الفموي قد يشكل أحد العوامل المرسبة (عوامل كامنة تتعلق باستعداد الشخص للإصابة بالاضطرابات المختلفة) بينما تعتبر العوامل

الثقافية والبيولوجية والنفسية الراهنة عوامل مهينة للإصابة باضطرابات الأكل (عوامل تثير الاضطراب وتحفز ظهوره في الوقت الراهن) وبذلك تؤكد على النظرية التوليفية ووجهة النظر التي تعتقد بتكامل العوامل المسببة لحدوث اضطرابات الأكل كغيرها من الاضطرابات النفسية.

وتوصي أخيراً؛ بوضع هذه العلاقة تحت مجهر البحث العلمي لتفحصها والتحقق منها وتأمل أن يجسد هذا البحث قاعدة تبنى عليها بحوث أخرى في المستقبل إن شاء الله.

توصيات ومقترحات:

بناء على مخرجات البحث وضعت الباحثة جملة من المقترحات البحثية و التوصيات التطبيقية التي تأمل العمل بها.

المقترحات البحثية:

- ١ - إعادة البحث في نفس الموضوع بشكل أكثر تفصيلاً من خلال قياس العلاقة بين اضطرابات الأكل وكل سمة من السمات المكونة للطبع الفموي على أفراد.
- ٢ - إجراء مقارنة في الطبع الفموي بين المصابين بالشره العصبي والمصابين بفقدان الشهية العصبي ويفضل لو كانت العينات إكلينيكية.
- ٣ - التحقق من نتائج هذا البحث بإعادة تطبيقه ولكن في مجتمعات أخرى وباستخدام أدوات مختلفة مثل الاختبارات الإسقاطية.
- ٤ - بحوث تطويرية للأدوات المستخدمة في هذا البحث.
- ٥ - إجراء دراسات نظرية متعمقة لمفهوم الطبع الفموي في ضوء التدليل والإحباط والمرحلة الفرعية التي حدث فيها التثبيت.
- ٦ - التعرف على طبيعة العلاقة بين الطبع الفموي وعدد من المشكلات النفسية التي فسرت في ضوء التحليل النفسي على أنها ناشئة عن التثبيت في المرحلة الفموية مثل الإكتئاب والتدخين و الإدمان.
- ٧ - الكشف عن احتمالية أن يلعب الطبع الفموي دوراً وسيطاً في إرتباط عدد من الاضطرابات النفسية مثل الاكتئاب والإدمان والتدخين باضطرابات الأكل.
- ٨ - التحقق من وجود أنماط الشخصية التي أقرحها فرويد على أرض الواقع من خلال سلسلة من البحوث في ثقافات متعددة.
- ٩ - بحوث مسحية لانتشار اضطرابات الأكل في المجتمع السعودي مع التعرف على علاقتها بعدد من المتغيرات الديموغرافية مثل: العمر، الجنس، الدخل، ترتيب الميلاد، المستوى الاجتماعي والاقتصادي، والتمدن.
- ١٠ - البحث في الأعراض الاكلينيكية المصاحبة لاضطرابات الأكل في المجتمع السعودي مع أخذ الفروق الثقافية بالإعتبار حيث من المتوقع أن تختلف الأساليب التطهيرية التي يلجأ لها المصابون تبعاً لاختلاف الثقافات.

التوصيات التطبيقية:

- ١ - على المؤسسات الطبية التعامل بمرونة مع المعايير التشخيصية التي تقرها أي مؤسسة مختصة والحرص على التشخيص الدقيق ووضع خطة متكاملة لعلاج ذوي اضطرابات الأكل والبحث عن المسببات وعلاجها وعدم الاكتفاء بعلاج الأعراض.
- ٢ - على المؤسسات التربوية والتعليمية إدخال الثقافة الغذائية والتربية البدنية ضمن مناهج التعليم العام للبنات.
- ٣ - على المؤسسات الإعلامية توعية الأمهات حول ما يخص النمو الإنساني والأساليب التربوية الملائمة لكل مرحلة من مراحلها ولفت أنظارهن إلى أهمية الطفولة وأثارها على بقية مراحل الحياة.
- ٤ - على مؤسسات التعليم العالي توعية الطالبات الجامعيات بخطورة العادات الغذائية الخاطئة والممارسات العشوائية لإنقاص الوزن.
- ٥ - تفعيل دور الإرشاد النفسي في الجامعات والمؤسسات الطبية.

المراجع

- المراجع العربية
- المراجع الأجنبية
- المراجع الإلكترونية

أولاً: المراجع العربية

- ١ - إبراهيم، معصومة (١٩٩٨) : الأعمار ومراحل النمو، الكويت: مؤسسة الكويت للتقدم العلمي.
- ٢ - ابوغزال، معاوية (٢٠٠٦) : نظريات التطور الإنساني وتطبيقاتها التربوية، عمان: دار المسيرة.
- ٣ - أحمد، سهير كامل (٢٠٠٣) : سيكولوجية الشخصية، الإسكندرية: مركز الإسكندرية للكتب.
- ٤ - أدلبي، زاهي (ترجمة) كيرو لولويس (٢٠٠٤) : إكتشف شخصيتك وشخصيات الآخرين، عمان: الأهلية.
- ٥ - أسعد، يوسف ميخائيل (د. ت) : التفاؤل والتشاؤم، القاهرة: نهضة مصر.
- ٦ - اسعد، يوسف ميخائيل (١٩٩٧) : سيكولوجية الشك، القاهرة: دار غريب.
- ٧ - إسماعيل، أحمد السيد (٢٠٠١) : التفاؤل والتشاؤم وبعض المتغيرات النفسية لدى عينة من طلاب جامعة أم القرى، المجلة التربوية، المجلد ١٥، العدد ٦٠، ص ص ٥١-٨١، الكويت: مجلس النشر العلمي.
- ٨ - إسماعيل، محمد ؛ غالي، محمد (١٩٨١) : الإطار النظري لدراسة النمو، الكويت: دار القلم.
- ٩ - الأنصاري، بدر (١٩٩٨) : التفاؤل والتشاؤم، الكويت: مطبوعات جامعة الكويت.
- ١٠ - بقيون، سمير (٢٠٠٧) : الطب النفسي، عمان: دار اليازوري.
- ١١ - بني يونس، محمد (٢٠٠٩) : سيكولوجية الدافعية والانفعالات، ط٢، عمان: دار المسيرة.
- ١٢ - التميمي، خالد (١٩٩٩) : أثر كل من نوع المحكم وطول الإختبار على تحديد درجة القطع لإختبار محكي المرجع يقيس الكفايات الرياضية في العمليات الحسابية على الأعداد بالصف السادس الابتدائي بمدينة جدة، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة أم القرى، مكة.
- ١٣ - الجبالي، حمزة (٢٠٠٦) : مشاكل الطفل والمراهق النفسية، عمان: دار المشرق الثقافي.
- ١٤ - حجازي، مصطفى (ترجمة) جان لابلاش؛ و ج. ب. بونتاليس (٢٠٠٢) : معجم مصطلحات التحليل النفسي، ط٢، بيروت: مجد المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع.
- ١٥ - الحريري، أحمد سعيد (د. ت) : خاصية إختلال الثقة في النفس، مقالة غير منشورة، جامعة الملك سعود، الرياض.
- ١٦ - حقي، ألفت (١٩٩٥) : الاضطراب النفسي، الاسكندرية: مركز الاسكندرية للكتاب.
- ١٧ - حمودة، محمود (١٩٩٨) : الطفولة والمراهقة المشكلات النفسية والعلاج، القاهرة: مركز الطب النفسي العصبي للاطفال.
- ١٨ - الخالدي، أديب (٢٠٠٦) : مرجع في علم النفس الاكلينيكي، عمان: دار وائل.
- ١٩ - الداھري، صالح حسن (٢٠٠٨) : أساسيات التوافق النفسي والاضطرابات السلوكية والانفعالية، عمان: دار صفاء.

- ٢٠ - الدردير، عبدالمنعم (٢٠٠٦) : الإحصاء البارامترى واللابارامترى، ط١، القاهرة: عالم الكتب.
- ٢١ - الدسوقي، مجدي (٢٠٠٦ - أ) : اضطرابات الأكل، القاهرة: مكتبة الانجلو.
- ٢٢ - الدسوقي، مجدي (٢٠٠٦ - ب) : فقدان الشهية العصبي، القاهرة: مكتبة الانجلو.
- ٢٣ - الدسوقي، مجدي (٢٠٠٦ - ج) : الشره العصبي، القاهرة: مكتبة الانجلو.
- ٢٤ - دمنهوري، رشاد؛ و النجار، علاء الدين (٢٠٠٨) : سيكولوجية الشخصية، ط٢، جدة: خوارزم العلمية.
- ٢٥ - الدليم، فهد (ترجمة) باربرا انجلير (١٩٩٠) : مدخل إلى نظريات الشخصية، الطائف: مطبوعات نادي الطائف الأدبي.
- ٢٦ - رثيف، مطيع (٢٠٠١) : الأمراض النفسية المعاصرة، بيروت: دار النفائس.
- ٢٧ - ربيع، محمد شحاتة (٢٠٠٤) : علم النفس التجريبي، الاسكندرية: دار المعرفة الجامعية.
- ٢٨ - رضوان، سامر جميل (٢٠٠٢) : الصحة النفسية، عمان: دار المسيرة.
- ٢٩ - رضوان، فوقية (٢٠٠٣) : دراسات في الاضطرابات النفسية، القاهرة: دار الكتاب الحديث.
- ٣٠ - رضوان، فوقية (٢٠٠٤) : الاضطرابات المعرفية والمزاجية، القاهرة: دار الكتاب الحديث.
- ٣١ - الزراد، فيصل (٢٠٠٠) : الأمراض النفسية- جسدية، دمشق: دار النفائس.
- ٣٢ - الزراد، فيصل (٢٠٠٤) : مشكلات المراهقة والشباب في الوطن العربي، بيروت: دار النفائس.
- ٣٣ - زيعور، علي (١٩٧١) : مذاهب علم النفس المعاصر، بيروت: دار الأندلس.
- ٣٤ - الزيود، نادر (١٩٩٨) : نظريات الإرشاد والعلاج النفسي، عمان: دار الفكر.
- ٣٥ - السقاف، منال محمد (٢٠٠٨) : الثقة بالنفس وانفعال الغضب لدى عينة من طلاب وطالبات جامعة الملك عبدالعزيز بجدة وجامعة أم القرى بمكة، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة أم القرى، مكة.
- ٣٦ - سلامة، بهاء الدين إبراهيم (١٩٩٧) : الصحة والتربية الصحية، القاهرة: دار الفكر العربي.
- ٣٧ - سلامة، ممدوحة (١٩٩١) : الاعتمادية و التقييم السلبي للذات والحياة لدى المكتئبين وغير المكتئبين، مجلة دراسات نفسية، ابريل ١٩٩١، ك١، ج٢، ص ص ١٩٩ - ٢١٨.
- ٣٨ - سليم، مريم (٢٠٠٢) : علم نفس النمو، القاهرة: دار النهضة العربية.
- ٣٩ - السيد، فؤاد البهي (٢٠٠٦) : علم النفس الاحصائي وقياس العقل البشري، القاهرة: دار الفكر العربي.
- ٤٠ - شاهين، فؤاد (ترجمة) رولان دورون؛ و فرانسواز بارو (١٩٩٧) : موسوعة علم النفس، بيروت: منشورات عويدات.
- ٤١ - شاهين، فؤاد (ترجمة) فيكتور سميرنوف (١٩٨٢) : التحليل النفسي للولد، ط٢، بيروت: المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع.

- ٤٢ - شقير، زينب (١٩٩٩) : دراسة لبعض مظاهر الصحة النفسية لدى عينة من ذوي اضطرابات الأكل من طلاب الجامعة، مؤتمر دولي ٦، مركز ارشاد نفسي، جامعة عين شمس، ص ص ٧٦١ - ٨٢٠.
- ٤٣ - شقير، زينب (٢٠٠٢) : إحدُر اضطرابات الأكل .ط١، القاهرة: مكتبة النهضة.
- ٤٤ - الشمراني، ريسة (٢٠٠٩) : الإغتراب وعلاقته بدرجة نضج الأنا وفق منظور اريكسون وسمات الشخصية السوية والعصابية وفق منظور اريك فروم، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة أم القرى، مكة.
- ٤٥ - الشيخ علي، أحمد السيد (٢٠٠٥) : العوامل المرتبطة باضطرابات الأكل لدى عينة من المراهقات في مدارس عمان الخاصة، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية، عمان.
- ٤٦ - صادق، أمال ؛ و أبو حطب، فؤاد (د . ت) : مناهج البحث وطرق التحليل الإحصائي، القاهرة: مكتبة الانجلو.
- ٤٧ - طه، فرج؛ و أبو النيل، محمود؛ و قنديل، شاكِر؛ و حسين، محمد ؛ و عبد الفتاح، مصطفى (١٩٨٩) : معجم علم النفس والتحليل النفسي، بيروت: دار النهضة العربية.
- ٤٨ - العامري، خالد (ترجمة) بول فان هيسويك (٢٠٠٦) : المراهقة وطرق تحليلها، القاهرة: دار الفاروق.
- ٤٩ - عبد الخالق، أحمد ؛ و النبال، مايسة (١٩٩٢) : فقدان الشهية العصبي وعلاقته ببعض متغيرات الشخصية، مجلة دراسات نفسية، عدد يناير ١٩٩٢ ، ك٢، ج١، ص ص ٥٧ - ٧٤
- ٥٠ - عبد الخالق، أحمد (١٩٩٧) : فقدان الشهية العصبي، الكويت: مؤسسة الكويت للتقدم العلمي.
- ٥١ - عبد الرحمن، محمد السيد (٢٠٠١) : نظريات النمو، القاهرة: مكتبة زهراء الشرق.
- ٥٢ - عبد الرحمن، محمد السيد (٢٠٠٦) : نظريات الشخصية، الرياض: دار الزهراء.
- ٥٣ - عبد الرحمن، محمد السيد (٢٠٠٩) : علم الأمراض النفسية والعقلية، ج٢ ، القاهرة: مكتبة زهراء الشرق.
- ٥٤ - عبد الله، محمد قاسم (٢٠٠٠) : الشخصية، دمشق: دار المكتبي.
- ٥٥ - عبد الله، محمد قاسم (٢٠٠٧) : مدخل إلى الصحة النفسية، ط٣، عمان: دار الفكر.
- ٥٦ - عبد الموجود، سيد (١٩٩٩) : اضطرابات الأكل لدى المراهقين والشباب وعلاقتها ببعض متغيرات الشخصية، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الزقازيق، فرع بنها.
- ٥٧ - عبد المعطي، حسن (٢٠٠٣ - أ) : الأمراض السيكوسوماتية، القاهرة: مكتبة زهراء الشرق.
- ٥٨ - عبد المعطي، حسن (٢٠٠٣ - ب) : الاضطرابات النفسية في الطفولة والمراهقة، القاهرة: دار القاهرة.
- ٥٩ - عكاشة، احمد (٢٠٠٣) : الطب النفسي المعاصر، القاهرة : مكتبة الانجلو.
- ٦٠ - علاونة، شفيق (٢٠٠٤) : سيكولوجية التطور الإنساني، عمان: دار المسيرة.

- ٦١ - عناني، محمد ؛ و سرحان، سمير (تحرير) سامي محمود ؛ و عبد السلام القفاش (ترجمة) سيجموند فرويد (١٩٧٠) : **الموجز في التحليل النفسي**، ط٢، القاهرة: دار المعارف.
- ٦٢ - العيسوي، عبد الرحمن (٢٠٠٥) : **في علم النفس العيادي**، الاسكندرية: دار المعرفة الجامعية.
- ٦٣ - غانم، محمد حسن (٢٠٠٩) : **الشهر العصبي للأكل وعلاقته بكل من التقدير الذاتي للقلق وجوانب التشويه المعرفي لدى عينة من البدنيات وغير البدنيات**، مجلة دراسات عربية في علم النفس، مج ٨، ع ١، يناير ٢٠٠٩، ص ص ٦١- ١١٩.
- ٦٤ - غانم، محمد حسن (٢٠٠٦) : **الاضطرابات النفسية والعقلية والسلوكية**، القاهرة: مكتبة الانجلو.
- ٦٥ - الغامدي، صالح يحيى (٢٠٠٩) : **اضطرابات الكلام وعلاقتها بالثقة بالنفس وتقدير الذات لدى عينة من طلاب المرحلة المتوسطة**، رسالة دكتوراة غير منشورة، جامعة أم القرى، مكة.
- ٦٦ - غريب، عبد الكريم (ترجمة) انتونيلو ارماندو (٢٠٠٥) : **التربية والتحليل النفسي**، الدار البيضاء: منشورات عالم التربية.
- ٦٧ - غنيم، سيد محمد (ترجمة) ريتشارد س. لازاروس (١٩٨٤) : **الشخصية**، ط٢، بيروت: دار الشروق.
- ٦٨ - فاخوري، ربي (٢٠٠٦) : **اضطرابات الأكل لدى طالبات الصف العاشر في المدارس الخاصة لمدينة عمان وعلاقتها بصورة الذات والقلق وممارسة الرياضة وعادات الأم الغذائية وبعض العوامل الديموغرافية**، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية، عمان.
- ٦٩ - فايد، حسين (٢٠٠٨) : **دراسات في السلوك والشخصية**، القاهرة: مؤسسة طيبة للنشر.
- ٧٠ - الفايز، حنان (٢٠٠٧) : **العلاقة بين اضطراب الشهه العصبي للطعام وكل من عوامل الشخصية الخمسة الكبرى والحالة الاجتماعية لدى عينة من طالبات جامعة الملك سعود**، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الملك سعود، الرياض.
- ٧١ - فرج، صفوت (ترجمة)، س. ليندزي ؛ ج. بول (٢٠٠٠) : **مرجع في علم النفس الاكلينيكي للراشدين**، القاهرة: مكتبة الانجلو.
- ٧٢ - فائق، أحمد (٢٠٠١) : **الامراض النفسية الاجتماعية**، القاهرة: مكتبة الانجلو.
- ٧٣ - القريطي، عبد المطلب (٢٠٠٣) : **في الصحة النفسية**، ط٣، القاهرة: دار الفكر العربي.
- ٧٤ - قناوي، هدى؛ و عبد المعطي، حسن (٢٠٠١) : **علم نفس النمو**، ج ١ الأسس والنظريات، القاهرة: دار قباء.
- ٧٥ - كاظم، علي ؛ و حسن. عبد الحميد (٢٠٠٣) : **التفاؤل والتشاؤم وعلاقتها بقلق الامتحان والدعم الاجتماعي**، مجلة دراسات، العلوم التربوية، العدد ٢، ص ص ٢٩٠-٣٠٣.
- ٧٦ - كفاقي، علاء الدين (٢٠٠٣) : **عقدة سنديلا: خوف المرأة الخفي من الاستقلال**، مجلة علم النفس، العدد ٦٧ و ٦٨، السنة ١٧، ص ص ٦- ٢٣.

- ٧٧ - محمد، جاسم محمد (٢٠٠٤) : علم النفس الاكلينيكي، عمان: دار الثقافة.
- ٧٨ - محمد، عادل عبدالله (٢٠٠٠) : دراسات في الصحة النفسية، القاهرة: دار الرشاد.
- ٧٩ - المليجي، عبد المنعم؛ و المليجي، حلمي (١٩٧١) : النمو النفسي، ط٥، بيروت: دار النهضة العربية.
- ٨٠ - منسي، حسن (٢٠٠١) : الصحة النفسية، ط٢ ، اريد: دار الكندي.
- ٨١ - الناصر، حصة عبد الرحمن (ترجمة) تيرينس ويلسون؛ و كاتلين م. بايك (٢٠٠٢) : اضطرابات الأكل، في : صفوت فرج ورفاقه (ترجمة) ديفيد هـ ورفاقه، مرجع اكلينيكي في الاضطرابات النفسية، القاهرة: مكتبة الانجلو.
- ٨٢ - اليحفوفي، نجوى (٢٠٠٢) : التفاؤل والتشاؤم وعلاقته ببعض المتغيرات الاجتماعية و الديموغرافية لدى طلاب الجامعة، مجلة علم النفس، السنة ١٦، العدد ٦٢، ص ص ١٣٢-١٤٧.
- ٨٣ - يوسف، جمعة سيد (٢٠٠٠) : الاضطرابات السلوكية وعلاجها، القاهرة: دار غريب.

ثانياً: المراجع الاجنبية

- 84- Abraham, Karl (2004): The influence of oral erotism on character-formation, In: R. D. Hinshelwood, **International Journal of Psychoanalysis Key Papers Series Papers from the decades**. pp 193-206, London: H. Karnac Ltd.
- 85- Allen, Bem (2003): **Personality Theories**, 4th edition, Boston: Allyn & Bacon.
- 86- Atwater, Eastwood (1988): **Adolescence**, 2nd edition, New Jersey: Prentice-Hall, Inc.
- 87- Barker, Erin & Galambos, Nancy (2007): Body Dissatisfaction, Living Away from Parents, and Poor Social Adjustment Predict Binge Eating Symptoms in Young Women Making the Transition to University, **Journal of Youth & Adolescence**; Oct2007, Vol. 36 Issue 7, p904-911.
- 88- Bornstein, Robert (1993): **The dependent personality**, New York: The Guilford Press.
- 89- Bulik, Cynthia & Klump, Kelly & Thornton, Laura & Kaplan, Allan & Devlin, Bernie & Fichter, Manfred & Halmi, Katherine & Strober, Michael & Woodside, Blake & Crow, Scott & Mitchell, James & Rotondo, Alessandro & Mauri, Mauro & Cassano, Giovanni & Keel, Pamela & Berrettini,

- Wade & Kaye, Walter (2004): Alcohol use disorder comorbidity in Eating disorders: A multicenter study, **The Journal of clinical psychiatry**, vol. 65, no. 7, pp. 1000-1006.
- 90- Burns, Maree (2004): Eating Like an Ox: Femininity and Dualistic Constructions of Bulimia and Anorexia, **Feminism & Psychology © 2004 SAGE** , London, Thousand Oaks and New Delhi, Vol. 14(2), pp269–295.
- 91- Courbasson, Christine & Smith, Patrick & Cleland, Patricia (2005): Substance use disorders, anorexia, bulimia, and concurrent disorders, **Canadian journal of public health**, vol. 96, no. 2, pp. 102-106.
- 92- Cooper, Peter & Stein, Alan (1992): **Feeding problems and eating disorders in children and adolescents**, Switzerland, Harwood Academic Publishers.
- 93- Dacey, John & Kenny, Maureen (1997): **Adolescent Development**, 2nd Edition, London, Brown & Benchmark
- 94- Dulce, Jane & Hunter, George & Lozzi, Bettina (1999): Do Cuban American Women Suffer From Eating Disorders? Effects of Media Exposure and Acculturation, **Hispanic Journal of Behavioral Sciences**, Vol. 21 No. 2, pp 212-218.
- 95- Eapen, Valsamma & Mabrouk, Abdel Azim & Bin-othman, Salem (2006): Disordered eating attitudes and symptomatology among adolescent girls in the United Arab Emirates, **Eating behaviors**, vol. 7, no. 1, pp. 53-60.
- 96- Friedman ,Howard & Schustack, Miriam (2003): **Personality**, 2nd edition, Boston: Allyn & Bacon.
- 97- Green, Michae & Piel, John (2002): **Theories of Human Development**, Boston: Allyn & Bacon .
- 98- Goreczny, Anthony (1995): **Handbook of health and rehabilitation psychology**, New York: plenum press.

- 99- Gormly, Anne & Brodzinsky, David (1989): **Life Span Human Development**, New York: Holt, Rinehart and Winston, Inc.
- 100- Isomaa, Rasmus & Isomaa, Anna-Lisa & Marttunen, Mauri & Kaltiala-Heino, Riittakerttu & Björkqvist, Kaj (2009): The prevalence, incidence and development of eating disorders in finnish adolescents—a two-step 3-year follow-up Study, **International Journal of Eating Disorders**, May/Jun2009, Vol. 17 Issue 3, pp 199-207.
- 101- Jackson, Safia & Keel, Pamela & Young, HoLee (2006): Trans-cultural comparison of disordered eating in Korean women, **The International journal of eating disorders**, vol. 39, no. 6, pp. 498-502.
- 102- Jennings, Piangchai & Forbes, David & Mcdermott, Brett & Hulse, Gary (2006): Acculturation and eating disorders in Asian and Caucasian Australian university students, **Eating behaviors**, vol. 7, no. 3, pp. 214-219.
- 103- Kaplan, Harold & Sadock, Benjamin (1991): **Synopsis of psychiatry**, Baltimore: Williams & Wilkins.
- 104- Kimmel, Douglas & Weiner Irving (1995): **Adolescence**, 2nd edition, New York: John Wiley & Sons, Inc.
- 105- Kosmitzki, Corinne & Gardiner, Harry (2002): **Lives across cultures** , 2nd Edition, Boston, Allyn and Bacon.
- 106- Lokken, Kristine & Worthy, Sheri Lokken & Trautmann, Julianne (2004): Examining the Links Among Magazine Preference, Levels of Awareness and Internalization of Sociocultural Appearance Standards, and Presence of Eating-Disordered Symptoms in College Women, **Family and Consumer Sciences Research Journal**, Vol. 32, No. 4 , June 2004, pp 361-381.
- 107- Machado, Paulo & Machado, Barbara & Goncalves, Sonia & Hoek, Hans (2007): The prevalence of eating disorders

not otherwise specified, **International Journal of Eating Disorders**; Apr2007, Vol. 40 Issue 3, p212-217, 6p, 3charts, 1 diagram .

- 108- Meyer, Caroline & Gillings, Kirsty (2004): Parental bonding and bulimic psychopathology: The mediating role of mistrust/abuse beliefs, **The International journal of eating disorders**, vol. 35, no. 2, pp. 229-233.
- 109- Mills, Jon & Taricone, Patrick & Bordieri, James (1990): Oral Character and Alcoholism, **Psychology**, 1990, Vol. 27 Issue3, pp 1-5.
- 110- Masling, J & Weiss, L & Rothschild, B & (1968): Relationships of oral imagery to yielding behavior and birth order, **Journal of Consulting and Clinical Psychology**. Vol 32(1), Feb 1968, pp 89-91.
- 111- Moya, Tatiana & Fleitlich-bilyk, Bacy & Goodman, Robert (2006): Young people at risk for eating disorders in Southeast Brazil, **Journal of adolescence**, vol. 29, no. 2, pp 313-317.
- 112- Murray, Trish (2003): Wait Not, Want Not: Factors Contributing to the Development of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa, **The family journal: counseling and therapy for couples and families**, Vol. 11 No. 3, July 2003 276-280.
- 113- Nichols, Michael (2004): **Family Therapy**, 6th edition, Boston: Pearson Education . Inc.
- 114- O'Neill , Richard & Bornstein, Robert (1990): Oral-Dependence and Gender: Factors in Help-Seeking Response Set and Self-Reported Psychopathology in Psychiatric Inpatients, **Journal of Personality Assessment**, Vol 55, Iss 1 & 2 September 1990 , pp 28 - 40.
- 115- Papalia, Diana & Wendkos , Sally (1978): **Human Development**, Tokyo: McGraw-Hill Kogakusha, Ltd.
- 116- Pervin, Lawrence (1993): **Personality**, 6th edition, Canada, John wiley & Sons, Inc.

- 117- Pike, Kathleen & Wilfley, Denise & Hilbert, Anja & Fairburn, Christopher G. & Dohm, Faith-Anne & Striegel-moore, Ruth (2006): Antecedent life events of binge-eating disorder, **Psychiatry research**, vol. 142, no. 1, pp. 19-29.
- 118- Reas, Deborah & Kjelsas, Einar & Heggestad, Torhild & Eriksen, Lasse & Nielsen, Søren & Gjertsen, Finn & Gunnar GÖtestam, (2005): Characteristics of anorexia nervosa-related deaths in Norway (1992-2000): Data from the National Patient Register and the causes of Death Register, **The International journal of eating disorders**, vol. 37, no. 3, pp. 181-187.
- 119- Robert, Carson & Butcher, James & Mineka, Susan (2002): **Fundamentals of Abnormal Psychology and Modern life**, Boston: Allyn and Bacon.
- 120- Rosenbaum, Milton & Richman, Joseph (1927): Family Dynamics and Drug Overdoses, **Life-Threatening Behavior**, vol. 2, no. 1, pp. 19-25, Spr 1972.
- 121- Sansone, Randy & Levitt, John (2006): **Personality disorders and eating disorders: exploring the frontier**, New York: Taylor & Francis Group.
- 122- Santonastaso, Paolo & Zanetti, Tatiana& DeAntoni, Chiara& Tenconi, Elena& Favaro, Angela (2006): Anorexia nervosa patients with a prior history of bulimia nervosa, **Comprehensive psychiatry**, vol. 47, no. 6, pp. 519-522.
- 123- Scully, James (2001): **Psychiatry**, 4th edition, Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- 124- Senior, R & Barnes, J & Emberson, J. R & Golding, J (2005): Early experiences and their relationship to maternal eating disorder symptoms, both lifetime and during pregnancy, **British journal of psychiatry**, vol. 187, no. SEP, pp. 268-273.

- 125- Sheffield , Alexandra & Waller , Glenn & Emanuelli ,Francesca & Murray, James (2006): Is comorbidity in the eating disorders related to perceptions of parenting? Criterion validity of the revised Young Parenting Inventory, **Eating Behaviors**, Vol. 7 No, pp 37–45.
- 126- Tölgyes, T. & Nemessury, J (2004): Epidemiological studies on adverse dieting behaviours and eating disorders among young people in Hungary, **Social psychiatry and psychiatric epidemiology**, vol. 39, no. 8, pp. 647-654.
- 127-Vander Wal, Jillon & Gibbons, Judith & Grazioso & Pilar Maria del (2008): The sociocultural model of eating disorder development: Application to a Guatemalan sample, J.S. Vander Wal et al. / **Eating Behaviors** 2009 -2008, pp 277–284.
- 128- Vaz, Francisco & Guisado, Juan & Penas-Ileo, Eva (2003): History of anorexia nervosa in bulimic patients: Its influence on body composition, **The International journal of eating disorders**, vol. 34, no. 1, pp. 148-155.
- 129- Waller, Glenn & Sines, Jennie & Meyer, Caroline & Foster, Emma & Skelton, Anna (2007): Narcissism and narcissistic defences in the eating disorders, **The International journal of eating disorders**, vol. 40, no. 2, pp. 143-148.
- 130- Watson, Sr Robert I (1978): **The Great Psychologists**, 4th edition, New York: J. B. Lippincott company.
- 131- Wheeler , Heather & Wintre, Maxine Gallander & Polivy, Janet (2003): The Association of Low Parent-Adolescent Reciprocity, a Sense of Incompetence, and Identity Confusion With Disordered Eating, **Journal of Adolescent Research**, Vol. 18 No. 4, July 2003, pp 405-429.
- 132- White, Marney & Grilo, Carlos (2007): Symptom severity in obese women with binge eating disorder as a function of smoking history, **The International journal of eating disorders**, vol. 40, no. 1, pp. 77-81.

133- Wonderlich, Stephen & Lilenfeld, Lisa & Riso, Lawrence & Engel, Scott & Mitchell, James & Kaplan, Allan (2005): Personality and anorexia nervosa. Commentary, **The International journal of eating disorders**, vol. 37, suppl ,pp. S68-S71, S87-S89.

ثالثاً: المراجع الاليكترونية

رُتبت تبعاً لترتيب استخدامها في المتن وتم تصنيفها في الجدول التالي:

جدول (٢٠) : المراجع الاليكترونية

| الموقع | المحرر | المؤسسة | تاريخ الرجوع له | الارتباط التشعبي على الشبكة الاليكترونية العالمية (الانترنت) |
|-----------------|---------------------------------------|--|------------------------|--|
| hayatnafs.com | تيسير حسن (ترجمة) | موقع حياتنا النفسية بإدارة (حسان المالح) | ٢٠٠٩/١٢/١٥ س: ٢ ص | http://www.hayatnafs.com/forspecialists/page%209.htm (نسخة اليكترونية مترجمة عن الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المنقح للأمراض النفسية الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي DSM-TR 2000) |
| about.com | | موسوعة اليكترونية | ٢٠٠٩/٧/١٣ س: ٣ م | http://eatingdisorders.about.com/od/medicalcomplications/p/andpregnancy.htm |
| namiindiana.org | Barbara Wolfe, 2003 (مقال) | التحالف الوطني للأمراض العقلية في انديانا بوليس | ٢٠٠٩/٤/٢٣ س: ٨ م | www.namiindiana.org |
| alriyadh.com | هيام المفلح (تقرير) | صحيفة الرياض العدد ١٤٦٩٤ | ٢٠٠٩/١٠/١٢ س: ٩ ص | http://www.alriyadh.com/2008/09/16/article374509.html |
| about.com | | موسوعة اليكترونية | ٢٠٠٩ /٧ /١٤ س : ٣ م | http://eatingdisorders.about.com/od/resourcesandreviews/fr/fatherhunger.htm |
| nytimes.com | JANE E. BRODY (مقال) | The new york time (صحيفة) | ٢٠٠٩ /٧ /١٤ س: ٢ م | http://www.nytimes.com/2000/12/12/health/personal-health-exposing-the-perils-of-eating-disorders.html |
| bookrags.com | | محرك بحث علمي متخصص | ٢٠٠٩/٧/٣ س: ٢ م | http://www.bookrags.com/tandf/anorexia-nervosa-tf |
| nimh.nih.gov | | الجمعية الوطنية للصحة | ٢٠١٠/٤/٢٥ س: ٨ م | http://www.nimh.nih.gov/health/publications/the-numbers-count-mental-disorders-in-america/index.shtml#Eating |
| apa.org | | الجمعية الامريكية للطب النفسي | ٢٠٠٩ /٧ /٨ س: ١١ ص | http://www.apa.org/monitor/2009/04/eating-disorder.html |
| nytimes.com | JANE E. BRODY (مقال) | The new york time (صحيفة) | -٢٠٠٩ /٧ /١٤ س: ٢ م | http://www.nytimes.com/1990/02/22/us/health-personal-health.html |
| bookrags.com | | محرك بحث علمي متخصص | ٢٠٠٩ /٧ /١٠ س: ٧ م | http://www.bookrags.com/research/anorexia-nervosa-uchr-06/ |
| wikipedia.org | | موسوعة اليكترونية (النسخة الانجليزية) | ٢٠٠٩ /٧ /١٥ س: ٤ م | http://en.wikipedia.org/wiki/Bulimia_nervosa |
| about.com | | موسوعة اليكترونية | ٢٠٠٩/٧/١٣ س: ٣ م | http://eatingdisorders.about.com/od/resourcesandreviews/fr/fatherhunger.htm |

| الموقع | المحرر | المؤسسة | تاريخ الرجوع له | الارتباط التشعبي على الشبكة الالكترونية العالمية (الانترنت) |
|---------------|----------------------|---|----------------------|---|
| nimh.nih.gov. | | الجمعية الوطنية للصحة | ٢٠٠٩/٧/١٠ س: ٥م | http://www.nimh.nih.gov/health/publications/eating-disorders/complete-index.shtml |
| ksu.edu.sa. | مي الدخيل ٢٠٠٧ | جامعة الملك سعود بالرياض | ٢٠٠٩/١٠/٢١ س: ٤م | http://faculty.ksu.edu.sa/25864/Pages/mai4.aspx (ملخص رسالة ماجستير) |
| about.com | | موسوعة اليكترونية | ٢٠٠٩/٧/١٣ س: ٤م | http://eatingdisorders.about.com/od/resourcesandreviews/fr/f/atherhunger.htm |
| about.com | | موسوعة اليكترونية | ٢٠٠٩/٧/١٣ س: ٣م | http://eatingdisorders.about.com/od/resourcesandreviews/fr/f/atherhunger.htm |
| nami.org | | التحالف الوطني للأمراض العقلية في انديانا بوليس | ٢٠٠٩/٧/١٠ س: ٤م | http://www.nami.org/Template.cfm?Section=By_Illness&template=/ContentManagement/ContentDisplay.cfm&ContentID=7409 |
| wikipedia.org | | موسوعة اليكترونية | ٢٠٠٩/٧/١٧ س: ١٠م | http://ar.wikipedia.org/wiki/%D8%B3%D9%8A%D8%B1%D9%88%D8%AA%D9%88%D9%86%D9%8A%D9%86 |
| medscape.com | | محرك بحث علمي متخصص | ٢٠٠٩/٧/١٧ س: ١١م | http://search.medscape.com/emedicine-search?queryText=eating%20disorders |
| medscape.com | | محرك بحث علمي متخصص | ٢٠٠٩ /٧/١٧ س: ١٠م | https://profreg.medscape.com/px/getlogin.do?urlCache=aHR0cDovL3d3dy5tZWZlZmVwZS5jb20vcHgvdHJrLnN2ci9lbWVkc2Vhc mNoP2V4dHVybD1odHRwOi8vZW1lZGJjaW5lLm1lZHNjYXBILmNybS9hcnRpY2xlLzlxMzcyMS1vdmVydmlldw |
| apa.org | | الجمعية الأمريكية للطب النفسي | ٢٠٠٩ /٧/٨ س: ١١ص | http://www.apa.org/monitor/2009/04/treatments.html |
| about.com | | موسوعة اليكترونية | ٢٠٠٩/٧/١٣ س: ٤م | http://eatingdisorders.about.com/od/treatmentstrategies/a/edtreatment.htm |

الملاحق

- ملحق ١

(قائمة المحكمين)

- ملحق ٢

(الرسالة المصاحبة لكراسة التطبيق)

- ملحق ٣

(إستبانة اضطرابات الأكل)

- ملحق ٤

(إستبانة الطبع الفموي)

ملحق ١

قائمة المحكمين

| الرقم | المحكم | المسمى الوظيفي |
|-------|------------------------------|--|
| ١ | أ.د. إلهامي عبدالعزيز إمام | أستاذ علم نفس النمو بجامعة أم القرى |
| ٢ | أ.د. ربيع سعيد طه | أستاذ الإحصاء والبحوث بجامعة أم القرى |
| ٣ | أ.د. ليلي عبدالله المزروع | أستاذ علم النفس التربوي بجامعة أم القرى |
| ٤ | أ.د. محمد حمزة السليمانى | أستاذ علم النفس التربوي بجامعة أم القرى |
| ٥ | أ.د. محمد المري محمد إسماعيل | أستاذ القياس والتقويم بجامعة أم القرى |
| ٦ | د. عابد عبدالله النفيعي | أستاذ علم نفس النمو المشارك بجامعة أم القرى |
| ٧ | د. أنور حسين عبيدين | إستشاري الطب النفسي بمستشفى الملك عبدالعزيز بمكة |
| ٨ | د. أحمد سعيد الحريري | أستاذ علم النفس الإكلينيكي المساعد بجامعة الملك سعود معالج نفسي معتمد بمستشفيات المملكة في الرياض |
| ٩ | د. شادية عبدالعزيز منتصر | أستاذ القياس والإحصاء النفسي التربوي المساعد بجامعة أم القرى |
| ١٠ | د. نورة عبدالستار | طبيب نفسي بمستشفى الملك عبدالعزيز بمكة |
| ١١ | د. هدى الشميمري | أستاذ الإرشاد النفسي المساعد بجامعة أم القرى |
| ١٢ | أ. سلوى المجنوني | محاضر في الإرشاد النفسي بجامعة أم القرى |

ملحق ٢

الرسالة المصاحبة لكراسة التطبيق



فضلاً .. سجلي البيانات المطلوبة في الجدول

| | |
|--|--------------|
| | العمر |
| | الطول |
| | الوزن |

عزيتي الطالبة :

في الجدول التالي أمامك مجموعة من السلوكيات بعضها يتعلق بأسلوبك في الأكل وبعضها يتعلق بأمور في شخصيتك قدري مدى انطباقها عليك بوضع علامة أمام الإختيار المناسب من البدائل المتاحة علماً بأن البيانات ستحاط بسرية تامة وستستخدم في البحث العلمي فقط.

المرجو منك :

- ✓ اقرأي كل عبارة وحددي الاختيار الملائم بصدق من واقع خبرتك الشخصية
- ✓ لا تترك عبارة دون الاجابة عليها
- ✓ لا تضع أكثر من علامة أمام عبارة واحدة
- ✓ لا تتوقف كثيراً أثناء الاستجابة على عبارات الاستبيان

شكراً لتعاونك

الباحثة: ندى محمد الزهراني

nada-uqu@hotmail.com

ملحق ٣

إستبانة اضطرابات الأكل

| الرقم | العبارة | دائماً | غالباً | أحياناً | نادراً | إطلاقاً |
|-------|---|--------|--------|---------|--------|---------|
| ١ | أقوم بتناول الطعام عندما أكون مضطربة | | | | | |
| ٢ | أكل بطريقة عادية أمام الآخرين وبنهم في غيابهم | | | | | |
| ٣ | تسيطر على الرغبة بأن أكون رشيقة | | | | | |
| ٤ | شهيتي للطعام شبه معدومة | | | | | |
| ٥ | تتناوني رغبة في التقيؤ بعد الأكل | | | | | |
| ٦ | يحاول الآخرون الضغط علي كي أتناول المزيد من الطعام | | | | | |
| ٧ | أتناول كمية كبيرة من الطعام وبسرعة | | | | | |
| ٨ | لا يغريني الطعام | | | | | |
| ٩ | أجد نفسي مشغولة بوزني | | | | | |
| ١٠ | أستخدم عقاقير ومستحضرات بخصوص الوزن والشهية | | | | | |
| ١١ | أتناول الطعام حتى وإن كنت شبعانة | | | | | |
| ١٢ | تتناوني نوبات من الأكل بشراهة أشعر بعدها بتأنيب الضمير | | | | | |
| ١٣ | أمتنع عن تناول الطعام عندما أكون مضطربة | | | | | |
| ١٤ | أستغرق وقتاً أطول من الآخرين في الأكل | | | | | |
| ١٥ | أقارن بين شكل جسدي وأجساد الآخرين | | | | | |
| ١٦ | لا يمكنني السيطرة على شهيتي نحو الطعام | | | | | |
| ١٧ | اخضع نفسي لبرامج الحمية الغذائية (الريجيم) | | | | | |
| ١٨ | أعتقد بأن منطقة الفخذ والأرداف عندي كبيرة | | | | | |
| ١٩ | أتناول كمية من الطعام أكبر مما يتناوله الناس | | | | | |
| ٢٠ | انظر إلى جسدي بطريقة تختلف عن نظرة الآخرين له | | | | | |
| ٢١ | أفكر في السعرات الحرارية التي يحتويها الطعام قبل تناوله | | | | | |
| ٢٢ | جربت وسيلة أو أكثر للتحكم في الوزن | | | | | |
| ٢٣ | أشعر بالامتلاء بعد تناول وجبة عادية | | | | | |
| ٢٤ | أكتفي بكميات قليلة من الطعام | | | | | |
| ٢٥ | لا يعجبني قوام جسدي وتقاطيعه | | | | | |
| ٢٦ | أحاول التخلص من الطعام بأي وسيلة بعد تناوله | | | | | |
| ٢٧ | يصعب علي التوقف عندما ابدأ في الأكل | | | | | |
| ٢٨ | يختلط علي الأمر فيما إذا كنت شبعانة أو جوعانة | | | | | |

ملحق ٤

إستبانة الطبع الفموي

| الرقم | العبرة | دائماً | غالباً | أحياناً | نادراً | إطلاقاً |
|-------|--|--------|--------|---------|--------|---------|
| ١ | تراودني أفكار مخيفة حول افتقاد شخص ما تربطني به علاقة حميمة | | | | | |
| ٢ | حتى في الأوقات الصعبة أشعر بأن الأمور سوف تتحسن في النهاية | | | | | |
| ٣ | أنظر إلى المستقبل بخوف وريبة | | | | | |
| ٤ | يصعب علي إتمام ما يتم تكليفي به من مسؤوليات | | | | | |
| ٥ | أشعر بالفشل إذا رأيت أقراني أفضل مني | | | | | |
| ٦ | لا أحتمل الغموض | | | | | |
| ٧ | أشعر أنني كالطفل وبجاجة لمن يرعاني ويهتم بي | | | | | |
| ٨ | أرى أن الأمور تسير للأسوأ | | | | | |
| ٩ | التغيرات التي تحدث حولي تشعرني بالتهديد | | | | | |
| ١٠ | استعجل الأمور ثم أدرك خطئي وأندم | | | | | |
| ١١ | لن أَرْضَى عن وضعي طالما أن غيري ينال ما لا يستحقه | | | | | |
| ١٢ | أحب معرفة كل ما هو جديد | | | | | |
| ١٣ | أجد صعوبة في إنهاء علاقة تجعلني تعيساً | | | | | |
| ١٤ | أعتقد بأن الواقع الذي نعيشه محبط | | | | | |
| ١٥ | ثقتي بنفسي لا تهتز | | | | | |
| ١٦ | صبري ينفد بسرعة | | | | | |
| ١٧ | لا يمكنني التخلص من الإحساس بالغيرة | | | | | |
| ١٨ | ابحث عن أي معلومة قد أحتاجها | | | | | |
| ١٩ | أشعر بالضيق والعجز إذا افتقرت عن شخص ما تربطني به علاقة حميمة | | | | | |
| ٢٠ | أتوقع أن اخفق أو أفشل في أي شيء قد أقوم به | | | | | |
| ٢١ | أخشى التحدث علانية أمام الجمهور | | | | | |
| ٢٢ | يغضبني كثير من الناس ممن لا يحسنون التصرف | | | | | |
| ٢٣ | أميل إلى القناعة و الرضا بما أملكه | | | | | |
| ٢٤ | أسعى لتعلم أي أمر يثير إهتمامي | | | | | |
| ٢٥ | أجد صعوبة في قول (لا) للآخرين | | | | | |
| ٢٦ | أعتقد بأن المستقبل سيكون أفضل | | | | | |
| ٢٧ | أتجنب مواجهة التحديات الصعبة | | | | | |
| ٢٨ | سريعاً ما يتملكني الإحباط إذا لم أحقق رغباتي | | | | | |
| ٢٩ | أرى بأنه يوجد اختلاف جدير بالاعتبار بين وضعي الآن وما كنت أتمناه | | | | | |
| ٣٠ | أكره القراءة | | | | | |
| ٣١ | إذا لم أستطع اتخاذ القرارات فإنني أترك الأمر لمجرى الأحداث | | | | | |
| ٣٢ | سوء الحظ يلازمي | | | | | |
| ٣٣ | تعلمني الحياة أن لا أحد يستحق أن نمحه الثقة التامة | | | | | |
| ٣٤ | أميل إلى العصبية وتعجل الأمور (طبعي حامي/ حار) | | | | | |
| ٣٥ | أعتقد بأن الوساطات والمحسوبيات هي السبب في فشلي ونجاح غيري | | | | | |
| ٣٦ | أستمتع بإستكشاف ما أجهله | | | | | |
| ٣٧ | لا يهمني مخالفة رأي الجماعة إذا كنت مقتنع برأيي | | | | | |
| ٣٨ | أعتقد بأن الاشخاص الذين أحبهم سيخيون ظني يوماً ما | | | | | |
| ٣٩ | أشعر بالرضا عن نفسي وما حققته حتى الآن | | | | | |
| ٤٠ | يسهل التأثير علي | | | | | |
| ٤١ | في علاقاتي أكون متنبهاً وحذراً لإحتمال حدوث أي خيانة أو رفض | | | | | |

The Kingdom of Saudi Arabia
The Ministry of High Education
Umm Al Qura University
Education college
Psychology Department



The Relationship Between Eating Disorders and Oral Character

Among Female Students at Um Al Qura University

Preparation

Nada Mohammed Az-Zahrani

Supervision

Dr. Abid Abdullah An-Nefaey

THIS RESEARCH IS PRESENTED TO COMPLETE THE REQUIREMENTS OF
A MASTERS DEGREE IN DEVELOPMENTAL PSYCHOLOGY

2010-1431